



Wortprotokoll der 31. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 25. Februar 2026, 17:15 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Zoom-Meeting*.

Vorsitz: Dr. Tanja Machalet, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt 1

Seite 7

- a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Armin Grau, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Innenausschuss

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG)

BT-Drucksache 21/2214



- b) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Flächendeckende Einführung und bundeseinheitliche Regulierung von smartphonebasierten Ersthelfer-Alarmierungssystemen

BT-Drucksache 21/1752

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Innenausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Digitales und Staatsmodernisierung

Haushaltsausschuss

- c) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Medizinische Notfallversorgung schnell, qualitativ hochwertig und bezahlbar gestalten

BT-Drucksache 21/2228

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Haushaltsausschuss

**Mitglieder des Ausschusses**

Fraktionen	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Beek, Sascha van Borchardt, Simone Hiller, Dr. Matthias Janssen, Anne Müller, Axel Pauls, Dr. Thomas Pilsinger, Dr. Stephan Schmidt, Sebastian Seitz, Nora Streeck, Dr. Hendrik Theiss, Dr. Hans Weiss, Dr. Maria-Lena Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Aumer, Peter Demuth, Ellen Ehm, Lars Grasse, Adrian Knoerig, Axel Ludwig, Dr. Saskia Müller, Sepp Reddig, Pascal Rupprecht, Albert Staffler, Katrin Stegemann, Albert Timmermann-Fechter, Astrid
AfD	Baum, Dr. Christina Bloch, Joachim Dietz, Thomas Ebenberger, Tobias Hess, Nicole Schießl, Carina Sichert, Martin Weiss, Claudia Ziegler, Kay-Uwe	Bessin, Birgit Birghan, Dr. Christoph Bollmann, Gereon Fetsch, Thomas Giersch, Alexis L. Kempf, Martina Möller, Stefan Przygodda, Kerstin Schmidt, Dr. Paul
SPD	Machalet, Dr. Tanja Mieves, Matthias David Moll, Claudia Pantazis, Dr. Christos Schwartz, Stefan Seitzl, Dr. Lina Yüksel, Serdar	Ahmetovic, Adis Dittmar, Sabine Glöckner, Angelika Kersten, Dr. Franziska Peick, Jens Schmidt, Dagmar Stadler, Svenja
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Fischer, Simone Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Wagner, Johannes	Grau, Dr. Armin Nick, Dr. Ophelia Piechotta, Dr. Paula Rietenberg, Sylvia
Die Linke	Gürpinar, Ates Merendino, Stella Schötz, Evelyn Stange, Julia-Christina	Arndt, Dr. Michael Brückner, Maik Fey, Katrin Gebel, Kathrin



Liste der Auskunftspersonen

Öffentliche Anhörung am 25. Februar 2025, 17:15 Uhr, PLH E 300
„Notfallgesetz“

Auf Vorschlag aller Fraktionen zur öffentlichen Anhörung eingeladen:

- ADAC Luftrettung
- Aktion Psychisch Kranke (APK)
- AOK-Bundesverband
- Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland (ASB)
- Bayerisches Rotes Kreuz (BRK)
- Björn Steiger Stiftung
- BKK Dachverband
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz (BKS)
- Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW)
- Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND)
- Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
- Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD)
- Deutscher Landkreistag
- Deutscher Städte- und Gemeindebund
- Deutscher Städtetag
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK) (keine Teilnahme)



- DRF Stiftung Luftrettung
 - Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
 - GKV-Spitzenverband
 - Hausärztinnen- und Hausärzteverband
 - Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen (IKK) (keine Teilnahme)
 - Johanniter-Unfall-Hilfe
 - Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (keine Teilnahme)
 - Malteser Hilfsdienst (keine Teilnahme)
 - Mobile Retter
 - Verband der Ersatzkassen (vdek)
 - ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
 - Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) (keine Teilnahme)
-
- Prof. Dr. Dr. Bernd W. Böttiger (Medizinische Fakultät, Universität zu Köln)¹
 - Verena Frommer (Notfallsanitäterin in Ausbildung aus Berlin)²
 - Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke)³

¹ Auf Vorschlag der Fraktion der SPD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

² Auf Vorschlag der Fraktion Die Linke zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

³ Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 17:20 Uhr

Einzigiger Tagesordnungspunkt

a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Armin Grau, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG)

BT-Drucksache 21/2214

b) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Flächendeckende Einführung und bundeseinheitliche Regulierung von smartphonebasierten Ersthelfer-Alarmierungssystemen

BT-Drucksache 21/1752

c) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Medizinische Notfallversorgung schnell, qualitativ hochwertig und bezahlbar gestalten

BT-Drucksache 21/2228

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD):
Schönen guten Tag, meine sehr geehrten Damen und Herren. Liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, Vertreter der Bundesregierung, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich darf Sie herzlich begrüßen zu unserer zweiten Anhörung am heutigen Nachmittag hier im Gesundheitsausschuss, die ebenfalls wie die Anhörung, die wir eben hatten, eine Mischung aus Präsenz- und Online-Meeting ist. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Zoom zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihren Namen anzumelden, so dass ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst stumm zu schalten. Meine Damen und Herren, in der heutigen Anhörung geht es um den Gesetzentwurf von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, einen Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Reform der

Notfallversorgung und des Rettungsdienstes auf der Drucksache 21/2214. Außerdem geht es um die beiden Anträge der AfD-Fraktion: Flächendeckende Einführung und bundeseinheitliche Regulierung von smartphonebasierten Ersthelferalarmierungssystemen auf Drucksache 21/1752 und Medizinische Notfallversorgung schnell, qualitativ hochwertig und bezahlbar gestalten auf der Drucksache 21/2228. Für Menschen in akuten gesundheitlichen Notlagen ist es entscheidend, schnell eine qualifizierte medizinische Hilfe zu bekommen. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN stellen dazu in ihrem Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes fest, dass der vertragsärztliche Notdienst, die Notaufnahme in den Krankenhäusern und der Rettungsdienst unzureichend aufeinander abgestimmt sind, was unter anderem an der sektoralen Trennung liegt. Sie analysieren weiter, dass unterschiedliche gesetzliche Rahmenbedingungen und unterschiedliche Finanzierungs- und Ordnungsprinzipien zu Fehlanreizen sowie zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führen, die Notfallversorgung also nicht optimal funktioniert. Das will die Fraktion mit ihrem Notfallgesetz ändern. Auch die AfD will die Notfallversorgung reformieren und unter anderem bundesweit gemeinsame Rettungsleitstellen etablieren, an die sich Menschen mit akutem medizinischem Hilfebedarf wenden können. Unter anderem will sie Schnittstellenprobleme beseitigen und dem Personal in den Leitstellen mehr Befugnisse übertragen. Im zweiten Antrag plädiert sie für die flächendeckende Einführung und bundeseinheitliche Regulierung von smartphonebasierten Ersthelferalarmierungssystemen. Über den Gesetzentwurf sowie die Anträge wollen wir heute mit Ihnen, sehr geehrte Sachverständige, diskutieren und Ihre Meinung dazu hören. Bevor wir beginnen, darf ich noch einige Anmerkungen zum Ablauf der Anhörung machen. Es stehen uns 60 Minuten zur Verfügung. Diese 60 Minuten werden entsprechend der Stärke der Fraktionen in Verbindung mit einer ausschussinternen Verabredung auf drei Frageblöcke aufgeteilt. Insgesamt fallen auf die CDU/CSU 20 Minuten, auf die AfD 14 Minuten, auf die SPD 12 Minuten, auf BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN acht Minuten und auf Die Linke sechs Minuten Fragezeit. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen, damit viele Fragen gestellt und beantwortet werden können. Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen



übertragen und das Wortprotokoll der Anhörung auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Die aufgerufenen Sachverständigen, die online teilnehmen, sofern sie das noch nicht kennen, weise ich darauf hin, dass sie, sobald sie ihren Redebeitrag beginnen, hier für uns im Sitzungssaal auf einem Videowürfel zu sehen und zu hören sind. Wir sehen gerade Herrn Prof. Hecken im Bildschirm. Das wechselt dann. Ihr Bild wird dann auch im Parlamentsfernsehen beziehungsweise Videostream übertragen. Bitte beachten Sie auch, dass Ihr Bild nach dem Redebeitrag möglicherweise noch hier gesehen und im Internet beziehungsweise im Parlamentsfernsehen übertragen werden kann. Ich bitte die Sachverständigen, entsprechende Regelungen in § 70 Abs. 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beim ersten Aufruf, - und nur beim ersten Aufruf, - etwaige finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand offenzulegen. Das soll unsere öffentlichen Anhörungen sowohl für die Abgeordneten als auch für die Zuschauerinnen und Zuschauer noch transparenter machen. Abschließend danke ich auch den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Die sind auf der Ausschusseite veröffentlicht. Noch ein paar Hinweise an die Gäste auf der Galerie. Beifallsbekundungen und Zwischenrufe sowie Aufzeichnungen per Smartphone oder anderen Geräten sind nicht gestattet. Noch ein Hinweis in eigener Sache. Da ich die Berichterstatterin der SPD-Fraktion bin, beim Thema Notfallversorgung werde ich meine Fragen auch von dem Platz hier aus stellen. Nicht wundern, das ist nicht in meiner Funktion als Ausschussvorsitzende. Jetzt kann es wirklich losgehen. Wir beginnen die Anhörung. Die ersten Fragen stellt die CDU/CSU-Fraktion. Der Kollege Theiss hat dafür zehn Minuten Zeit.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, liebe Kolleginnen und Kollegen. Meine erste Frage geht an Dr. Reinhardt von der Bundesärztekammer und an die Kollegen des GKV-Spitzenverbands. Sehen Sie grundsätzlich finanzielle Einsparpotenziale durch eine Notfallreform, und wenn ja, in welcher Höhe und in welchem Zeitraum?

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Klaus Reinhardt, Bundesärztekammer, keine

finanziellen Interessen. Sehr geehrter Herr Theiss, herzlichen Dank für die Frage. Grundsätzlich sehen wir Einsparpotenzial dadurch, dass wir davon ausgehen, dass durch eine vernünftige Notfallreform die Ressourcen, die dort vorgehalten werden, in deutlich geringem Umfang in Anspruch genommen werden und strapaziert werden. Das würde sich, glaube ich, relativ schnell nach Einführung der Strukturen oder Umstellung der Strukturen ergeben. Welche Höhe an Einsparungen an dieser Stelle realisierbar ist, ist, glaube ich, von keinem ernsthaft und seriös zu beantworten. Dazu kann ich Ihnen keine weiteren Angaben machen.

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Dilling, beziehungsweise Frau Bockhorst, beide vom GKV-Spitzenverband und beide online dabei. Sie haben sich wahrscheinlich ...

Dr. Julian Dilling (GKV-Spitzenverband): So ist es. Julian Dilling ist mein Name des GKV-Spitzenverbands. Vielen Dank für die Frage. Wir gehen davon aus, dass Einsparungen möglich sind in dem Bereich. Tatsächlich ist es aktuell so, dass die Notaufnahmen sehr viele Patienten behandeln, wo wir denken, dass auch andere Möglichkeiten Einsatz finden könnten. Gerade wenn man in die Richtung der Notdienstpraxen, an die Integrierte Notfallzentren (INZ), denkt, gehen wir davon aus, dass da eine bessere Versorgung und auch eine günstigere Versorgung erfolgen kann. Von daher gehen wir schon davon aus, dass durch eine funktionierende Steuerung der Patienten Einsparpotenzial vorhanden ist. Was allerdings Voraussetzung ist, ist die gute Vernetzung der unterschiedlichen Angebote und auch eine geeignete Zusammenarbeit über die Sektoren hinaus.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Die nächste Frage geht an Professor Hecken vom Gemeinsamen Bundesausschuss. Wie müssen aus Ihrer Sicht die Ersteinschätzungssysteme in den Akutleitstellen und dem INZ aufeinander abgestimmt werden? Wäre es geeignet, Ersteinschätzungssysteme zu entwickeln und könnte das insgesamt eine Blaupause aus Ihrer Sicht für das Primärversorgungssystem sein? Welche Rolle könnte der G-BA dabei spielen?



Die **Vorsitzende**: Herr Professor Hecken, bitte.

Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Josef Hecken, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), keine finanziellen Interessen. Herr Abgeordneter, herzlichen Dank für die Frage. Aus meiner Sicht müssen die Ersteinschätzungssysteme in den Akutleitstellen und in den integrierten Notfallzentren zwingend, und zwar wirklich ganz, ganz zwingend aufeinander abgestimmt werden, nur wenn überall diese medizinischen Kriterien angewendet werden und die Systeme zu widerspruchsfreien Ergebnissen kommen, funktioniert die Patientensteuerung, die wir alle erreichen wollen. Und im gegenteiligen Fall würde es zu Fehlsteuerungen, Mehrfachkontakten, unnötigen Transporten und einer erneuten Überlastung der Notaufnahmen kommen. Für eine solche einheitliche sektorenübergreifende Steuerung braucht es aus unserer Sicht ein bundesweit standardisiertes Verfahren. Wir brauchen klare Vorgaben zur technischen Ausgestaltung und ganz wichtig verbindliche Kriterien zur Bestimmung des Behandlungsbedarfs und der geeigneten Versorgungsebene. Diese zentralen Bausteine liegen aus meiner Sicht mit der vom G-BA vor einigen Jahren schon beschlossenen Ersteinschätzungsrichtlinie schon vor, die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) leider beanstandet hat. Sie zielt genau darauf ab, eine qualifizierte, digital unterstützte und bundesweit einheitliche Ersteinschätzungen sicher zu stellen, plus Empfehlungslösungen und unterschiedliche regionale Verfahren würden im Prinzip zu den gewünschten Steuerungswirkungen und einheitlichen Beurteilungskriterien nicht geeignet sein. Deshalb also ein ganz, ganz klares Ja. Und für den Fall, dass hier entsprechende Ersteinschätzungsinstrumente im Primärversorgungssystem implementiert werden, wäre das natürlich eine Blaupause, die mit gewissen Modifikationen für den vertragsärztlichen Bereich übernommen werden sollte.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Die nächste Frage geht an Frau Dr. Richard vom AOK-Bundesverband. Wie ist die Kostenentwicklung der Fahrkosten im Rettungsdienst und was sind wesentliche Gründe für Kostensteigerungen? Was wäre aus Ihrer Sicht ein Lösungsansatz hier?

Dr. Sabine Richard (AOK-Bundesverband): Vielen Dank. Sabine Richard, AOK-Bundesverband. Keine Interessenkonflikte. Vielen Dank für die Frage. Und wir haben bei den Fahrkosten eine erhebliche Kostenentwicklung. In den letzten zehn Jahren haben sich die Ausgaben für Rettungswagen verdoppelt, mehr als verdoppelt. Und die Ausgabensteigerung hat viele Gründe, steigende Einsatzzahlen, höhere Personal-, Fahrzeug- und Sachkosten, also große Kostensteigerung und natürlich auch Qualitätssprünge im Rettungsdienst und bessere Ausbildung der Notfallsanitäter. Insofern bleibt das auch ein wichtiger Leistungsbereich. Die Transparenz bei den Fahrkosten ist aus unserer Sicht schwierig, auch für die Verhandlungen im Rettungsdienst auf der Länderebene. Und wo wir auf jeden Fall Handlungsbedarf sehen, und das wäre eine Chance in der Notfallreform, ist, dass wir bei den Rettungstellen stärkere Konsolidierung bekommen, eine stärkere Steuerung der Strukturen, dass wir die gut verbinden können mit den Strukturen der ambulanten und stationären Notfallversorgung.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Die nächste Frage geht an Herrn Augustin vom Roten Kreuz und an Herrn Schnatz vom Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland. Der Vermeidung von rettungsdienstlichen Einsätzen kommt eine immer größere Bedeutung zu. Welche Maßnahmen tragen aus Ihrer Sicht zu einer generellen Entlastung des Rettungsdienstes bei, Stichwort auch vorbeugender Rettungsdienst?

Die **Vorsitzende**: Ach so, ich habe gerade gedacht, okay. Also Herr Augustin und dann Herr Schnatz, bitte.

Robert Augustin (Bayerisches Rotes Kreuz (BRK)): Vielen Dank für die Frage. Robert Augustin, mein Name, Vertreter des Deutschen und Bayerischen Roten Kreuzes, keine Interessenskonflikte. Aus unserer Sicht ist das Potenzial letzten Endes sehr, sehr hoch. Wir können momentan, wenn es darum geht, zu überlegen, wie viele belastbaren bundesweiten Erhebungen zur Folge von Notfalleinsätze wir haben, die in Wirklichkeit keinen anschließenden Transport nach sich ziehen, jetzt keine belastbaren Zahlen dazu. Wir glauben aber, dass insgesamt durch Optimierung, durch die Notfallreform, durch



das Notfallsystem, wir durchaus Maßnahmen und Potenziale heben können, um den Rettungsdienst insgesamt effizienter machen zu können und nicht zuletzt Einsätze, die jetzt an Rettungswagen disponiert werden, ein Stück weit vermeiden können und durch andere geeignete Rettungsmittel kompensieren können.

Die **Vorsitzende**: Herr Schnatz, bitte.

Michael Schnatz (Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland (ASB)): Danke, Michael Schnatz vom Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland (ASB), keine Interessenskonflikte. Ich schließe mich dem Kollegen an. Wir glauben, dass man mit einem standardisierten Ersteinschätzungsverfahren und bestimmten Qualitätskriterien eine deutliche Entlastung der Rettungsdienste herstellen kann, unter anderem auch im Hinblick auf Fälle, die ganz klassische Fehlfahrten sind, wie sie dann im Jargon heißen, wo vielleicht auch psychiatrische, pflegerische oder soziale Angebote wahrgenommen werden können. Danke.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Dann hätte ich noch eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Welche Konsequenzen müssen aus Ihrer Sicht aus dem jüngsten Urteil des Oberverwaltungsgerichtes Berlin-Brandenburg vom 28. Januar 2026 gezogen werden, wonach Fahrten des Rettungsdienstes nicht pauschal auf Krankenkassen umgelegt werden dürfen?

Die **Vorsitzende**: Herr Dilling, bitte noch mal. Oder Frau Bockhorst, beide online.

Kerstin Bockhorst (GKV-Spitzenverband): Kerstin Bockhorst, GKV-Spitzenverband. Keine Interessenskonflikte. Vielen Dank für die Frage. Das jüngste Urteil macht es aus unserer Sicht noch mal ganz deutlich, dass wir zu einer höheren Kostentransparenz im Rettungswesen kommen müssen. Und das kann aus unserer Sicht nur mit vertraglichen Vergütungen erreicht werden, in denen ganz klar die Kostenkalkulationsgrundlagen offengelegt werden, sodass Wirtschaftlichkeit, Qualität und die entsprechenden Kalkulationsgrundlagen und Abgrenzung der Kosten berücksichtigt werden können. Das

Urteil hat klargemacht, dass eine pauschale Umlegung von Kosten auf die Krankenkassen nicht zulässig ist. Von daher sehen wir das als Anknüpfungspunkt, dass das im Rahmen einer Reform zwingend umgesetzt werden sollte. Darüber hinaus zeigt der Punkt der Leerfahrten, dass wir dringend einen Reformbedarf haben zur Aufteilung des Rettungsdienstes in verschiedene Leistungsbereiche, sodass man gerade eine Versorgung vor Ort unabhängig von einem Transport ins Krankenhaus ermöglicht, um hier eine sachgerechte und niederschwellige Versorgung anbieten zu können und nicht jede Fahrt im Krankenhaus mit entsprechenden Strukturen dahinter und Kosten, die damit verbunden sind, auszulösen.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann wäre jetzt die AfD an der Reihe mit sieben Minuten. Bitte schön, Frau Hess.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage geht an den Verein Mobile Retter. Herr Prasse, ist er anwesend? Hervorragend. Bezogen auf die Ersthelfer-App. Welche konkreten bundesweiten Mindeststandards, wie zum Beispiel Alarmierungsradius oder Qualifikationsnachweis, Audit, bräuchten wir, damit das Ganze funktioniert in Ihren Augen?

Stefan Prasse (Mobile Retter e.V.): Stefan Prasse, Geschäftsführer des Vereins Mobile Retter. Keine Interessenskonflikte. Das Thema Mindeststandards betrifft auf der einen Seite die technischen Komponenten der smartphonebasierten Ersthelfer-Alarmierung, die es momentan nicht gibt. Es gibt verschiedene Systeme, die nicht zueinander interoperabel oder kompatibel sind. Auf der anderen Seite die nicht technischen Komponenten, also tatsächlich die Thematik, wer darf überhaupt mitmachen? Müssen die Personen volljährig sein? Was brauchen die für eine Vorqualifikation? Kann das jeder in Anführungszeichen Laie mit einem Erste-Hilfe-Kurs sein? Oder eine höhere medizinische Ausbildung? Was sind die Alarmierungsindikationen? Was sind die Alarmierungskontraindikationen? Das heißt, diese Sachen muss man sich gemeinsam überlegen, wenn man zu einer Vereinheitlichung dieser bisher vielen Insellösungen kommen will. Es gibt da Initiativen zu, beispielsweise den Runden Tisch der



smartphonebasierten Ersthelfer-Alarmierung, sind auch einige hier anwesend, die daran teilnehmen, wo genau solche Fragen diskutiert werden, um das Ganze entsprechend zu vereinheitlichen, um den Impact solcher Systeme, also den Nutzen, dass das nicht an irgendeiner Landkreisgrenze oder Ähnlichem aufhört, so effektiv wie möglich zu machen.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Herzlichen Dank. Dann wüsste ich gerne von dem Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Herr Professor Schneider. Bei Kindernotfällen gibt es da Konstellationen, in denen Ersthelfer-Alarmierungen besonders riskant oder aber eventuell sogar besonders hilfreich ist. Welche Zusatzanforderungen würden Sie in diesen Fällen stellen?

Die **Vorsitzende**: Herr Schneider, bitte.

Prof. Dr. Dominik Schneider (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)): Danke, Dominik Schneider, Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin, keine finanziellen Interessenkonflikte. Danke für die Nachfrage. Ich halte eine solche Lösung im Prinzip für sinnvoll. Für Kindernotfälle ist aus meiner Sicht vor allem zu beachten, dass Notfälle bei Kindern von sehr vielen professionellen Rettern als sehr angstbesetzt empfunden werden, weil die Zeichen des Kindes nicht wirklich gut zu interpretieren sind. Gleichzeitig ist es so, dass viele der klassischen Notfälle, wo der Rettungsdienst dazu gerufen wird, dann Gott sei Dank gut verlaufende Notfälle sind, wie zum Beispiel ein Fieberkrampf, der in der Regel von selbst aufhört. Aber es ist extrem angstbesetzt. Ich glaube, es wäre kritisch, die Kindernotfälle auch über so ein Tool abzusetzen, weil die meisten, insbesondere Leihen, Ersthelfer, glaube ich, in der Situation überfordert wären.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Herzlichen Dank für die Antwort. Eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Wunderbar. Wenn solche Ersthelfer-Apps, wenn sie denn bundesweit standardisiert zum Einsatz kämen, zu schnellerer Reanimation führen würden, welche Auswirkungen erwarten Sie auf Notaufnahmen oder Intensivkapazitäten und wie sollte die Krankenhausplanung das berücksichtigen?

Özlem Acikgöz (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Deutsche Krankenhausgesellschaft, Acikgöz, keine finanziellen Interessen. Die Krankenhauslandschaft wird das berücksichtigen können durch die Etablierung von flächendeckend INZs. Dafür sind sie genau gemacht. Das ist deren primäre Aufgabe. Wichtig ist eine digitale Vernetzung an der Stelle, dass im Krankenhaus ankommt, dass der Patient da wirklich vorstellig sein wird. Ansonsten erhoffen wir uns dadurch natürlich, dass vor Ort schon so viel getan wird, dass an INZs und an Krankenhäusern nach Übernahme die weitere Behandlung erfolgen kann.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Herzlichen Dank. Dann hätte ich eine Frage an den Deutschen Berufsverband Rettungsdienst. Herr Stanley. Hervorragend. Und zwar, welche Leitstellen und Rettungsdienstprozesse müssen sich ändern, damit Ersthelfer-Apps nicht nur on top laufen, sondern wirklich interoperabel und verlässlich Teil des Gesundheitssystems werden können?

Michael Stanley (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD)): Michael Stanley, Deutscher Berufsverband Rettungsdienst. Ich habe keine finanziellen Interessenkonflikte. Das kommt sehr auf die Softwarelösung in der jeweiligen Leitstelle an. Es gibt bereits Leitstellen, die das voll integriert haben und damit Schnittstellen arbeiten und so automatisiert bei entsprechenden Stichworten Ersthelfer entsenden können. Noch während zum Beispiel der Notruf abgefragt wird. Insofern ist es technisch möglich.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Okay, das heißt auch Ihre Meinung, das große Problem in dem Fall sind tatsächlich die Schnittstellen von Leitstelle zu Leitstelle, von System zu System, von Ländergrenze zu Ländergrenze.

Michael Stanley (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD)): Es sind die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leitstellen, aber auch technische Schnittstellen zu den jeweiligen Apps, die in einer Region eingesetzt werden.



Abg. **Nicole Hess** (AfD): Danke schön. Eine gemeinsame Frage sowohl an den Deutschen Landkreistag als auch an den Deutschen Städtetag. Und zwar der Antrag bezogen auf die Apps zielt auf bundeseinheitliche Regelungen und Finanzierung. Wo sehen Sie als kommunale Ebene die größten Umsetzungs- und Zuständigkeitskonflikte wie zum Beispiel Leitstellenhoheit, Datenschutz oder Beschaffung?

Die **Vorsitzende**: Herr Käs.

Phillip Käs (Deutscher Landkreistag): Phillip Käs, Deutscher Landkreistag. Keine Interessenskonflikte. Wir sehen grundsätzlich bundesweit einheitliche Standards als sinnvoll an. Es ist zugleich wichtig, die Umsetzung regional so zu ermöglichen, dass bestehende Systeme erhalten werden können und die, die es jetzt schon gibt, kompatibel sind und erhalten werden können.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann wäre jetzt die SPD mit sechs Minuten an der Reihe.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Meine erste Frage geht an ver.di. Sie weisen in Ihrer Stellungnahme darauf hin, dass die Überbelastung des Personals in der Notaufnahme der Krankenhäuser nicht allein durch eine bessere Patientensteuerung oder ein besseres Notfallmanagement gelöst werden kann. Können Sie das bitte noch einmal ausführlich erläutern? Welche Lösungsvorschläge hätten Sie dazu?

Grit Genster (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Grit Genster, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. Keine Interessenskonflikte an diesem Beratungsgegenstand. Richtig ist, neben der besseren Patientensteuerung und dem besseren Notfallmanagement halten wir eine bedarfsgerechte Personalausstattung für unabdingbar, um einer Überlastung der Beschäftigten in den Notaufnahmen entgegenzuwirken und die Qualität der Notfallversorgung zu sichern. Mit dem § 123 SGB V in dem vorliegenden Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass der G-BA mit der Entwicklung beauftragt werden soll. Der G-BA kann jedoch nur Mindestanforderungen vorgeben, die eine rote Linie nach unten absichern. Das ist nach unserer Überzeugung nicht

hinreichend für eine bedarfsgerechte Notfallversorgung. Daher drängen wir auf die Umsetzung der Regelungen in § 137l SGB V. Der Gesetzgeber hat die Vertragsparteien auf der Bundesebene beauftragt, Vorschläge zur Personalbemessung für die Notaufnahmen vorzulegen. Die Entwicklung, Erprobung und die verbindliche Anwendung eines bedarfsgerechten Personalbemessungsinstruments ist für den Bereich der Notaufnahmen überfällig und muss im Zuge der anstehenden Reform der Notfallversorgung forciert werden.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht an Herrn Prof. Böttiger als Einzelsachverständigen. Es ist so, dass die Notfallversorgung in allererster Linie davon abhängt, was passiert, wenn ich zu Hause umfalle und was derjenige tut, der quasi neben mir steht. Stichwort Erste-Hilfe-Kompetenz. Sie setzen sich seit Jahren für eine bessere Vermittlung von Wiederbelebungs-kompetenzen in der Bevölkerung ein. Welche konkreten gesetzlichen und untergesetzlichen Maßnahmen werden aus Ihrer Sicht am wirksamsten, um Erste-Hilfe- und Reanimationskenntnisse flächendeckend zu stärken?

Prof. Dr. Dr. Bernd W. Böttiger (Medizinische Fakultät, Universität zu Köln): Vielen Dank, Bernd Böttiger. Ich habe keine finanziellen Interessen. Mir liegt der Kreislaufstillstand ganz besonders am Herzen. Bei diesen Krankheitsbildern kann man nicht auf den Rettungsdienst warten, auch nicht auf den Hubschrauber, weil das Gehirn fängt nach drei bis fünf Minuten an zu sterben. Der Rettungsdienst kommt aber erst nach neun Minuten. Das heißt, wir brauchen irgendeinen Mechanismus, der früher greift, damit es häufiger so ausgehen kann wie bei Christian Eriksen. Wir haben das alle gesehen. Der spielt jetzt wieder Fußball. Das Faszinierende am Kreislaufstillstand ist, wenn man den gut überlebt und wenn in den ersten drei bis fünf Minuten alles richtig gemacht wird, kann man danach genauso gut weiterleben wie vorher. Wir haben das mal durchgerechnet, genauso wie andere. Wir würden in unserem Land Milliarden sparen, wenn wir so gut wären wie zum Beispiel die Dänen. Die Chinesen fangen auch gerade an. Wir könnten 10.000, 20.000 Menschen jedes Jahr zusätzlich retten, wenn frühzeitig, bevor der Rettungsdienst kommt, Umstände mit Wiederbelebungsmaßnahmen beginnen.



Dafür muss das in die Schulen. Wir müssen das in der Schule ausbilden, wie Wiederbelebung geht. Es muss auch eine Telefonreanimation geben. Bundesweit gibt es in der Tschechischen Republik seit 15 Jahren verpflichtend. Da sind wir im Moment leider weit entfernt. Es braucht auch Ersthelfer-Systeme, die genau in diesem Zeitfenster von drei bis fünf Minuten erfahrungsgemäß vor Ort sind. Das Gehirn kann nicht sterben, wenn innerhalb dieser Zeit von außen durch die Herzdruckmassage das Blut wieder zum Fließen gebracht wird, weil im Rest des Körpers in der Regel noch genug Sauerstoff ist. Wir brauchen also Schülerschulung, Telefonreanimation und Ersthelfer-Systeme. Das wird uns nicht nur Milliarden zusätzlich bringen, sondern auch sehr viele zusätzliche Überlebende. Man kann nicht auf den Rettungsdienst warten in der Situation.

Abg. Dr. Tanja Machalet (SPD): Können Sie denn konkret sagen, wie das im Notfallgesetz verankert werden könnte? Gibt es da Überlegungen?

Prof. Dr. Dr. Bernd W. Böttiger (Medizinische Fakultät, Universität zu Köln): Das Problem ist, dass zum Beispiel die Schulausbildung Ländersache ist. Aber ich kann mir vorstellen, dass der Bund durch Anreize, gerade bei der Telefonreanimation, vielleicht durch finanzielle Anreize, Rahmenbedingungen schaffen kann. Da bin ich nicht der richtige Experte. Da sind sicher hier viele im Raum, die das noch viel besser wissen als ich. Ich glaube, es muss gesetzlich auf jeden Fall bundesweite Vorgaben geben, auch für Dinge, die dann durch die Länder geregelt werden müssen. Wir brauchen bundesweite Vorgaben für die sogenannten Ersthelfer-Systeme. Wir haben eine Karte auf unserer Homepage vom Deutschen Rat für Wiederbelebung. Wir haben jetzt knapp über 50 Prozent aller Landkreise und kreisfreien Städte mit Ersthelfer-Systemen ausgestattet. Da gibt es aber noch ganz viele weiße Flecken auf der Landkarte. Das ist das Einzige, was wirklich neben der Telefonreanimation Leben rettet. Ich wiederhole nochmal, der Rettungsdienst kommt in der Regel nach neun Minuten, manchmal sehr viel später. Da kann man dann nichts mehr machen, wenn das Gehirn schon gestorben ist. Da gibt es nichts, was das wieder zum Leben erwecken kann.

Abg. Dr. Tanja Machalet (SPD): Danke. Es gibt darüber hinaus neben den Smartphone-basierten Systemen schon seit Langem die First-Responder-Gruppen, die vor Ort eingesetzt werden und vor Ort tatsächlich hinfahren, bevor der Rettungswagen da ist. Sehen Sie hier Potenzial, oder sehen Sie hier noch Möglichkeiten, wie man dieses System noch stärken kann, aus Ihrer Erfahrung heraus?

Prof. Dr. Dr. Bernd W. Böttiger (Medizinische Fakultät, Universität zu Köln): Ich glaube, es muss eine finanzielle Absicherung erfolgen. Wir sehen das immer wieder, dass in den Landkreisen darüber diskutiert wird, wer bezahlt das jetzt eigentlich? Dabei sind die Kosten gering. Wenn man das mal umrechnet, auf die Leben, die man dadurch erhalten kann, ist das schon krass, wie wenig das eigentlich kostet. Ich möchte vielleicht noch einmal wiederholen, der plötzliche Herztod ist bei uns die dritthäufigste Todesursache. Da sterben fast so viele Menschen dran wie an allen Krebserkrankungen zusammen. Deswegen müssen wir hier investieren.

Abg. Dr. Tanja Machalet (SPD): Vielen herzlichen Dank. Dann wäre jetzt die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit vier plus eine Minute.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich erlaube mir, zu den wirklich sehr überzeugenden und eindrücklichen Ausführungen des Sachverständigen grade zu ergänzen, dass das in dem vorliegenden Gesetzentwurf, der heute angehört ist, genauso drinsteht, dass Finanzierung für Ersthelfer-App, für First Responder-Gruppen, für die telefonanleitende Reanimation alle finanzierungsfähig sind. Bis auf den Punkt der Anleitung in den Schulen, der tatsächlich in die Landeskompetenz fällt, werden entsprechende Maßnahmen zur Beratung heute anstehen. Ich würde gerne den Einzelsachverständigen Professor Karagiannidis fragen wollen. Der vorliegende Gesetzentwurf, der heute angehört wird, der regelt für die Notaufnahmen die Einführung eines Vorhaltebudgets, das sich an den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Notfallmedizin (DGINA) für die ärztlichen Personalvorgaben, die nicht über das Pflegebudget refinanzierungsfähig sind, orientiert und regelt damit einen Finanzierungsmechanismus, der durch die Abschaffung der



Leistungsgruppe Notfallmedizin mit dem zurzeit in Beratung befindlichen Krankenhausanpassungsgesetz ein entsprechendes Rekompensationsmechanismus finden würde. Halten Sie das für sachgerecht und halten Sie den Finanzierungsmechanismus, dass alle durch den Rettungsdienst zugewiesenen Patienten als vorstationäre Fälle finanziert werden sollen, auch für sachgerecht und notwendig?

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Christian Karagiannidis, Universität Witten/Herdecke. Zuerst zur letzten Frage. Wir haben das große Problem in den Notaufnahmen, gerade wenn die vom Rettungsdienst Zugewiesenen, ambulant bleiben, dass wir über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet werden. Ein plakatives Beispiel, junge Frau mit starken Kopfschmerzen, da wird es kaum jemanden geben, der keine Computertomographie (CT) macht in der Notaufnahme, einfach aus Sicherheitsgründen. Deswegen sind wir an diesen Stellen häufig unterfinanziert. Deswegen brauchen wir zumindest eine vorstationäre Abrechnungsmöglichkeit für die Patienten. Aber ganz grundsätzlich muss man nochmal über die Vergütung der Notaufnahmen diskutieren. Dadurch, dass wir noch nicht mal einen Fachabteilungsschlüssel haben für Notaufnahmen, sind wir seit 20 Jahren im Blindflug unterwegs, was Notaufnahmen in Deutschland kosten. Dadurch, dass die Leistungsgruppe jetzt nicht eingeführt wird, wird es jetzt auch so bleiben. Ich glaube grundsätzlich, und wir hatten das im Rahmen der Krankenhausreform immer diskutiert, wäre es sachgerecht zu sagen, die Notaufnahmen bekommen ein bestimmtes Vorhaltebudget, was die Vorhaltung, also die Daseinsfürsorge für die Bevölkerung zu 100 Prozent abbildet. Und da ist es gut, dass wir zum Beispiel von der DGINA diese Vorgaben haben. Ich glaube, dann kämen wir aus der Diskussion der Unterfinanzierung der Notaufnahmen in Deutschland raus.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich würde gerne weiter den Einzelsachverständigen fragen wollen. Um Notaufnahmen und den Rettungsdienst zu entlasten, braucht es mehr Verbindlichkeit in der ambulanten Notfallversorgung, die in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) steht. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht anders als der

Regierungsentwurf vor, dass die Öffnungszeiten in den INZ für die ambulanten Notdienstpraxen dort von 10 bis 22 Uhr jeden Tag sein soll. Er sieht außerdem vor, dass es einen 24-7 Hausbesuchsdienst durch Gesundheitsfachberufe geben soll und eine 24-7 telemedizinische Beratung unter der 116117 vorgehalten werden soll. Ist das sachgerecht und warum?

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Zu dem ersten Punkt. Wir haben mittlerweile aus Niedersachsen von der KV hervorragende Erfahrungswerte bekommen, was es bedeutet, einen Tele-Arzt an die 116 117 zu setzen. Die haben es geschafft, 80 Prozent der Fälle fallabschließend telefonisch zu behandeln. Das ist ganz hervorragend, was die KV da gemacht hat. Das bedeutet, wir müssen das ganz dringend und ganz schnell flächendeckend bundesweit einführen. Das Gleiche gilt für die 112 und das muss auch refinanziert sein. Das ist, glaube ich, ein ganz wichtiger Punkt. Was die INZ betrifft, meiner Ansicht nach gehören die mindestens an jedes Krankenhaus der Notfallstufe 3. Wir werden wieder Monate verlieren in der Diskussion über irgendwelche gemeinsamen Landesausschüsse, wem jetzt das INZ zugewiesen wird. Wir haben ohnehin schon fast zwei Jahre verloren. So lange diskutieren wir schon über die Notfallreformen. Es wäre sachgerecht zu sagen, wir machen eine einheitliche Bevölkerungskommunikation. Nicht jeder macht, was er will, sondern wir sagen der Bevölkerung von 10 bis 10 kannst du in den INZ gehen. Die Daten zum Beispiel aus dem aktiven Notaufnahmeregister haben wir. Man sieht das sehr schön wellenförmig. Über den Tag geht das hoch. Bis 10 Uhr abends hat man den größten Teil abgearbeitet. In der Nacht hat man in der Regel ziemlich wenig Notfälle und die sind in der Regel dann auch schwer, sodass das INZ nicht zwingend notwendig ist. Aber diese Kommunikation von 10 bis 10 halte ich für essenziell.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne ferner fragen wollen, der Gesetzentwurf sieht vor, anders als der Regierungsentwurf, eine spezielle ambulante Notfallversorgung einzuführen, unter anderem um Notfallkrisendienste für seelische Notfallkrisen und auch Notfallpflegedienste für notfallpflegerische Situationen refinanzierungsfähig zu machen. Braucht es das?



Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Ja, das braucht es ganz zwingend. Du hast in den letzten Jahren gerade bei uns in kommunalen Großversorgern gesehen, dass wir ganz viele hochaltrige Patienten haben, die eigentlich ein Pflegeproblem haben und das ist ein Riesen-Gap in Deutschland. Wir müssen unbedingt Pflegeinterventionsteams rausschicken dürfen und es braucht die Community Health Nurses und ich will es nochmal explizit sagen, die eigenverantwortlich diese Patienten vor Ort behandelt. Das würde uns entlasten in den Kliniken.

Die Vorsitzende: Danke schön. Dann wäre jetzt Frau Merendino für die Fraktion Die Linke dran. Sie haben drei Minuten, bitte.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke): Meine Frage geht an den Herrn Chwojka von der Björn Steiger Stiftung. Aktuell tragen die KVen den Sicherstellungsauftrag für den ärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. die notdienstliche Akutversorgung. Das soll auch so bleiben. Inwiefern nehmen die KVen diesen Sicherstellungsauftrag ihrer Meinung nach wahr und wäre es zielführend, die Sicherstellung der ambulanten Akutversorgung anders zu organisieren?

Christof Constantin Chwojka (Björn Steiger Stiftung): Christof Constantin Chwojka, Björn Steiger Stiftung, keine finanziellen Interessen. Die KVen erfüllen diesen Sicherstellungsauftrag formal, aber strukturell sehen wir als Björn-Steiger-Stiftung sicher deutliche Defizite, insbesondere in der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit. Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist regional sehr unterschiedlich organisiert und dabei häufig nicht ausreichend mit Rettungsdienstleitstellen und Notaufnahmen verzahnt. Für Patientinnen und Patienten existieren aber diese Grenzen sicher nicht. Sie erwarten eine schnelle, klare Hilfe. Uns geht es bei der Umgestaltung nicht um eine Abschaffung der KV-Verantwortung. Es geht um ihre verbindliche Einbindung in ein sektorübergreifendes Notfallsystem. Zielführend wäre aus unserer Sicht eine gesetzlich klar geregelte Integration der ambulanten Akutversorgung in ein gemeinsames Steuerungssystem mit eindeutiger Verantwortung, transparenter Qualitätssicherung und einer strukturell fest verankerten

Rolle der Leitstellen. Das ist mir persönlich vor allem sehr wichtig. Es geht nicht um eine Zuständigkeitsverschiebung, sondern um eine echte Systemintegration.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke): Zweite Frage an Sie. Was halten Sie von einer Finanzierung nach dem Kostendeckungsprinzip in der Notfallversorgung und können Sie uns von Ihren Erfahrungen aus der Praxis berichten?

Christof Constantin Chwojka (Björn Steiger Stiftung): Ja, kann ich gern. Die Finanzierung ist einmal eine Grundvoraussetzung für ein stabiles Notfallsystem. Die Notfallversorgung ist auf 24-7 Vorhaltung und daher meiner Meinung nach keine klassische Einzelleistung. Wir halten bei Vorhalte- und Steuerungsstrukturen das Kostendeckungsprinzip grundsätzlich für eine mögliche Variante. Die strukturelle Unterfinanzierung führt sicher zu Qualitätsmängeln, Personalengpässen und Fehlsteuerungen. Eine Kostendeckung bedeutet jedenfalls kein Ausfallen irgendeiner Kontrolle. Es setzt eine vollständige Transparenz voraus, klare bundesweite Qualitätsvorgaben und eine konsequente Wirtschaftlichkeitsüberprüfung. Aus meiner persönlichen Erfahrung kann ich nur berichten, in meinem vorherigen Job hatte ich genau sowas, ein Abgangsdeckungsprinzip. Das ist nur mit einer ganz engmaschigen Kontrolle in größerem Rahmen sicher durchführbar, aber ermöglicht natürlich ganz viel Innovation. Gerade die Leitstellen und die rettungsdienstlichen Akutstrukturen funktionieren nur, wenn die Vorhaltung verlässlich funktioniert und vollständig finanziert wird. Andernfalls gibt es die Mehrkosten an anderer Stelle.

Die Vorsitzende: Danke schön. Dann kämen wir jetzt in die zweite Runde mit jeweils drei Minuten. Es beginnt wieder die CDU/CSU. Herr Dr. Theiss, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Meine nächste Frage oder unsere nächste Frage geht an die ADAC Luftrettung. Welche rechtlichen Regelungen auch in anderen Rechtsbereichen führen zu unterschiedlichen Einschränkungen bei der Luftrettung, zum Beispiel Arbeitszeitregelungen, Arbeitnehmerüberlastung,



Personalausstattung im Helikopter?

Jens Schwietring (ADAC Luftrettung): Vielen Dank, Herr Abgeordneter, für die Frage. Jens Schwietring, ADAC Luftrettung. Keine finanziellen Interessen. Sie haben einen wichtigen Punkt angesprochen. Wir greifen in der Dienstleistung des Luftrettungsdienstes auf unterschiedliche Personalkonstellationen in einer sehr heterogenen Mannschaft zurück. Wir haben grundsätzlich mindestens drei in Teilen vier Mitarbeitende mit einem hohen Professionalisierungsgrad an Bord. Dabei stellen wir fest, insbesondere wenn es sich um Konstellationen der Arbeitnehmerüberlassung handelt, dass beispielsweise operative Herausforderungen durch Höchstüberlassungszeitfenster von 18 Monaten bestehen, aber auch die Regelungen von Tageshöchstarbeitszeiten und nicht der Berücksichtigung von Wochenarbeitszeiten führt dazu, dass Sie unterschiedliche Zeitfenster in der täglichen Leistungserbringung zu berücksichtigen haben. Das fliegerische Personal unterliegt einer luftverkehrsrechtlichen Zeitüberwachung. Das notärztliche Personal im Status als Medical Passenger unterliegt dem Arbeitszeitgesetz. Da wünschen wir uns eine deutliche Harmonisierung, sodass die Leistungserbringung aus einem Guss stattfinden kann.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Die nächste Frage geht an die Mobilten Retter. Wie viele Ersthelfer-Apps gibt es in Deutschland? Ist es sinnvoll, eine Interoperabilität zwischen diesen einzufordern? Was halten Sie von einem bundesweiten Kataster für automatisierte externe Defibrillatoren (AED-Kataster)?

Stefan Prasse (Mobile Retter e.V.): Einige Sachen wurden bereits gesagt. Es gibt ungefähr eine gute Handvoll von größeren Anbietern von technischen Alarmierungssystemen, die sich den Markt in Deutschland aufteilen. Wie schon erwähnt, das sind ungefähr die Hälfte von Deutschland. Die andere Hälfte sind noch weiße Flecken. Es sind aber nicht nur unterschiedliche Apps an der Stelle, sondern teilweise auch unterschiedliche regionale Umsetzungen von einzelnen Apps. Es wird ein technisches System gekauft, und dann wird das nach Gutdünken regional umgesetzt. Das heißt, das sind noch sehr viel mehr Insellösungen. Was man aber

sagen muss, es ist nicht nur eine App. Es wird immer App gesagt. Das ist die Basis von dem Ganzen, das muss man ganz klar sagen. Die App und das Alarmierungssystem oder die Anbindung an die Leitstellensysteme. Die ganze smartphonebasierte Alarmierung lebt von den Menschen, also von den ehrenamtlichen Menschen, die sich zur Verfügung stellen. Die beste Technologie an der Stelle bleibt wirkungslos, wenn die Motivation dieser Menschen dahinter nachlässt. Kurz noch zur Frage der Interoperabilität. Auf jeden Fall, das ist ganz zwingend erforderlich. Hier ist auch der Bund gefragt, weil die Hersteller von sich aus da keinen Anreiz haben, das entsprechend umzusetzen. Bezüglich der AED-Kataster, das können, glaube ich, andere besser beantworten.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann wäre jetzt die AfD an der Reihe. Herr Giersch, bitte.

Abg. **Alexis L. Giersch** (AfD): Schönen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage geht an Herrn Schnatz vom Arbeiter-Samariter-Bund. Und zwar sieht der Antrag der AfD auf Drucksache 21/2228 vor, dass man die bisherige Notrufnummer 112 zur alleinigen Notrufnummer ausbaut, dass es also keinen weiteren Anruf mehr bedarf, dass man die 116117 langfristig abschaltet oder erst mal in die Rettungsleitstellen legt, sodass die Rettungsleitstellen eine Kompetenzerweiterung bekommen, um sämtliche Notfälle oder Bürger anzunehmen, die glauben, einen Notfall zu haben und das zu koordinieren. Wie ist aus Ihrer Sicht, das zu bewerten? Könnten die Rettungsleitstellen eine solche Aufgabe übernehmen? Danke schön.

Michael Schnatz (Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland (ASB)): Vielen Dank für die Frage. Ich frage mich dann immer, was die Leitstellen noch alles für Aufgaben übernehmen sollen. Ich kann für uns so sagen, wir sind kein Freund davon, beide Nummern zusammenzulegen. Auch im internationalen Kontext, wenn man in die USA guckt, zeigt sich, dass sich das System nicht bewährt hat. Wir brauchen vielmehr eine Stärkung der 116117 als Alternative zu 112 und 110.



Abg. **Alexis L. Giersch** (AfD): Vielen Dank. Es wäre zum Beispiel möglich, dass derjenige, der zurzeit die Notrufe auf 116 und 117 annimmt, in die Leitstellen mit integriert wird und von dort aus weitervermittelt wird.

Michael Schnatz (Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland (ASB)): Das wäre denkbar, ja.

Abg. **Alexis L. Giersch** (AfD): Gut. Vielen Dank. Meine nächste Frage an den Herrn John vom Hausärzterverband. Wie stehen Sie als Vertreter der Hausärzte zu der Idee, die beiden Notrufnummern zusammenzulegen und zukünftig den ärztlichen Notdienst auch über die Leitstellen zu koordinieren?

Sebastian John (Hausärztinnen- und Hausärzterverband): Sebastian John, Hausärzterverband, keine Interessenkonflikte. Wir halten eine Zusammenlegung der unterschiedlichen Nummern nicht für sinnvoll, weil es absolut unterschiedliche Versorgungsbedarfe sind, die da adressiert werden. Und aus dem Grund sehen wir da eigentlich keinen Mehrwert, das an der Stelle weiter zu verfolgen.

Abg. **Alexis L. Giersch** (AfD): Vielen Dank. Das heißt, Sie sehen auch keine Kosten- oder Effizienzsteigerung oder Synergieeffekte bei einer Zusammenlegung. Das heißt, es wäre nur eine einzige Notrufnummer, aber sämtliche Anfragen würden zentral von der gleichen Notrufnummer beantwortet und angenommen.

Sebastian John (Hausärztinnen- und Hausärzterverband): Ohne, dass jetzt fachlich in der Tiefe bewerten zu können, ne, sehen wir wahrscheinlich nicht.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Der Kollege Yüksel für die SPD.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Frau Vorsitzende, ganz herzlichen Dank. Ich habe eine Frage an Prof. Schneider von der DGKJ. Wie schätzen Sie von dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen in der pädiatrischen Notfallversorgung die Möglichkeiten

ein, die Behandlung und den Transport von Kindern, insbesondere im Hinblick auf eine standardisierte digital unterstützte Übergabe der Anamnese vom Rettungsmittel an das aufzunehmende Krankenhaus so zu verbessern und zu beschleunigen, dass Zeit- und Informationsverluste vermieden werden können?

Prof. Dr. Dominik Schneider (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)): Herzlichen Dank. Die Schnittstellenproblematik ist gegeben. Ich muss von meiner eigenen Klinik in Dortmund einmal berichten. Wir haben ein eigenes Kinder-Notarzt-System. Das heißt, wir fahren als Kinderärzte im Rettungsdienst raus. Da haben wir dann die Schnittstellen eigentlich darüber überbrückt. Das lässt sich aber nur in großen Städten realisieren, mit großen Kinderkliniken. Das halte ich für die ideale Lösung. Das Problem ist, in den Regionen, wo nicht Pädiater den Rettungsdienst besetzen, da brauchen sie eigentlich eine spezifische Ausbildung für Kinder-Notfälle, damit die Versorgung vor Ort gut funktioniert und damit die Übergabe in die kindermedizinische Weiterversorgung gut funktioniert. Das kann auch digital funktionieren, aber das Wichtigste ist die Manpower am Kind. Oder Womanpower.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Es ist heute in der Anhörung angekommen, wie wichtig die Ersthelferinnen und Ersthelfer sind. Deshalb habe ich eine weitere Frage an die mobilen Retter. Wie gewinnen wir neue Ersthelferinnen und Ersthelfer insbesondere aus der Mitte der Gesellschaft und welche Unterstützung etwa über Bildungsinstitutionen, Betriebe oder die gesetzlichen Krankenversicherungen wünschen Sie sich, um die Erste-Hilfe-Kompetenz in der Bevölkerung dauerhaft zu stärken?

Prof. Dr. Dominik Schneider (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)): Was das grundsätzliche Thema Erste-Hilfe-Kompetenz betrifft, da hat Herr Prof. Böttiger schon etwas zu gesagt. Das fängt in den Schulen ganz klar an. Das Gewinnen von Helfenden in diesen Systemen ist gar nicht so das Problem. Wenn Sie das mit einer vernünftigen Kommunikationskampagne mit verschiedenen Komponenten machen, ist das gar kein Thema. Das ist erfreulich, dass so viele Menschen



in unserem Land bereit sind nachbarschaftlich zu helfen. Der Punkt ist eher und das ermögliche ich mir nochmal zu sagen, es geht nicht um die Technik, es geht um die Menschen und diese Menschen im System zu behalten. Das heißt, die müssen motiviert werden. Man muss ein aktives Ehrenamtsmanagement machen. Die meisten dieser Menschen, und wir wollen so viele wie möglich in diesen Systemen haben, werden gar keinen Einsatz haben. Nach drei, vier, fünf, sechs Jahren fallen die aus solchen Systemen raus, wenn sie nicht mit denen kommunizieren. Das heißt, das ist der entscheidende Erfolgsfaktor von smartphonebasierten Ersthelfenden Alarmierungen. Auch das muss finanziert werden. Das sind keine irrsinnigen Summen, aber Kommunikationsmaßnahmen, Werbemaßnahmen, also nicht zum Gewinnen, sondern zum Halten, Erfolgsgeschichten erzählen, vielleicht mal im Sommer ein Grillen machen oder ähnliches und so weiter und so fort. Das ist der entscheidende Punkt. Das sehen wir mit unserer Erfahrung nach elf Jahren jetzt, um diese Systeme am Leben zu erhalten und nicht nur nach der Technik zu gucken. Es wird dann auch immer Technik ausgeschrieben etc. Das ist nicht der Punkt. Man muss die Leute motivieren, um sie langfristig zu binden.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Frau Dr. Kappert-Gonther, bitte.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich frage Prof. Peter Brieger von der Aktion Psychisch Kranke. Herr Prof. Brieger, psychisch Kranke werden aktuell im Notfallsystem in der akuten Krise nicht ausreichend gut behandelt. Jetzt haben wir ein paar Vorschläge in unserem Gesetzesentwurf angelegt. Ich möchte Sie fragen, was sollte aus Ihrer Sicht in der künftigen Notfallversorgung berücksichtigt werden und strukturell verankert werden, damit Menschen in akuten psychischen Krisen im Notfall gut versorgt sind?

Prof. Dr. Peter Brieger (Aktion Psychisch Kranke (APK)): Peter Brieger, Aktion Psychisch Kranke. Keine Interessenkonflikte. Vielen Dank für die wichtige Frage. Die besonderen Bedarfe in der Notfallbehandlung psychisch Erkrankter sind was ganz Zentrales. Menschen mit psychischen

Erkrankungen und Krisen sind häufig in den Notaufnahmen, sind häufig im Rettungsdienst. Deswegen gibt es drei Aspekte, die hierbei zu bedenken sind. Der erste ist die Integration in die Notfallzentren. Wir brauchen entsprechende Einbeziehung von Kompetenz von Psychiatern und Psychotherapeuten. Wir brauchen einen engen Zusammenschluss mit der Krisenhilfe im Rettungs- und Notfallsystem. Und es gibt in vielen Regionen viel zu wenige Krisendienste, und wir brauchen die Schnittstelle dort. Das ist klar zu definieren, und es muss ganz eng zusammengearbeitet werden. Und diese besonderen Belange, die sind wichtig, einmal für die Menschen, aber zum anderen zum Funktionieren des Rettungssystems.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne weiter den Bundesverband der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschland fragen wollen. Wir haben die skurrile Situation, dass wir heute einen Gesetzesentwurf anhören, der zu über 90 Prozent identisch ist mit dem, was die Bundesregierung gerade parallel vorbereitet, aber im Verfahren vermutlich noch ein halbes Jahr mindestens braucht, bis er hier im Ausschuss ist. Halten Sie es für richtig, dieses Gesetz möglicherweise mit Änderungen schnellstmöglich hier im Ausschuss zu beschließen oder auf das Gesetz der Bundesregierung zu warten?

Dr. Florian Reifferscheid (Bundesverband der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschland (BAND)): Vielen Dank für die Frage. Florian Reifferscheid von der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte. Spannende Frage. Ich würde sagen, je schneller wir einen Deckel draufkriegen, desto besser ist es. Wir haben es vorhin schon gehört, wir diskutieren viel zu lange schon über die Themen und wir hatten mit dem zuletzt vorgelegten Gesetz schon eine sehr hohe Einigkeit aller Beteiligten. Insofern glaube ich, der Handlungsbedarf ist da, und je schneller wir es schaffen, desto besser.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde die gleiche Frage gerne noch an die ADAC Luftrettung und auch an die DRF Stiftung Luftrettung stellen wollen.



Jens Schwietring (ADAC Luftrettung): Ich kann im Grunde genommen dem zustimmen, was bereits dazu gesagt wurde. Wir sehen gravierende Herausforderungen im Bereich der rettungsdienstlichen Versorgung, aber auch in der Notfallversorgung insgesamt und würden uns freuen, wenn wir zeitnah die laufende Diskussion aufnehmen und finalisieren. Ich will mich nicht konkret zu Zeitvorgaben wie ein halbes Jahr äußern, aber ich glaube, wenn der Deckel drauf ist, ist es gut.

Die **Vorsitzende**: Frau Merendino, bitte.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke): Meine Frage geht an Frau Frommer. Sie sind angehende Notfallsanitäterin und seit Jahren bei der YoungDGINA organisiert. Sie und Ihre Kolleginnen bringen alltägliche Realitäten aus dem Rettungsdienst mit und wissen daher, wo sich die Dinge konkret ändern müssen. Wird diese Expertise des nichtärztlichen Personals Ihrer Meinung nach im vorliegenden Entwurf ausreichend berücksichtigt? Und wo gibt es noch Änderungsbedarf?

Verena Frommer (Notfallsanitäterin in Ausbildung aus Berlin): Vielen Dank für die Frage. Verena Frommer. Keine Interessenkonflikte. Der Entwurf stärkt aus meiner Sicht die Strukturen des Rettungsdienstes massiv, lässt aber teilweise Potenzial des Rettungsfachpersonals noch ungenutzt. Um das System nachhaltig zu entlasten, muss die Reform seine Expertise in der operativen Realität des Rettungsdienstes anerkennen und konsequent nutzen. Rettungsfachpersonal verfügt über eine hohe Entscheidungs- und Handlungskompetenz in der außerklinischen Ersteinschätzung und Versorgung. Folglich muss sich diese Kompetenz strukturell widerspiegeln und darf nicht abhängig von ärztlichen Strukturen gesehen werden. Daher muss Gesundheitsfachpersonal unbedingt unabhängig von der entsendenden Struktur zu einer fallabschließenden Behandlung befähigt werden. Dazu gehört auch zwingend die Kompetenz, Folgeleistungen wie Taxis, Krankentransportwagen (KTW) oder KV-Fahrdienste eigenständig anzufordern und das mit einer gesicherten Finanzierung und ohne ärztliche Rücksprache. Im Gesetz sind zudem an vielen Stellen Regelungen enthalten, die rein ärztliche Positionen festsetzen, beispielsweise ärztliche Leitungen,

Rettungsdienst, Einsatz eines Tele-Notarzt oder ärztlichen Führungsdienstes. Diese Formulierungen beschränken aus meiner Sicht unnötigerweise zukunftsfähige Handlungsfelder und Weiterentwicklungsmöglichkeiten für Rettungsfachpersonal. Formulierungen wie medizinische Leitungen, Rettungsdienst oder Einsatz von Telemedizin lassen Raum für zukünftige Modelle und beschränken dabei die aktuellen ärztlichen Handlungsfelder nicht. Auch im Qualitätsausschuss Rettungsdienst besteht meiner Meinung nach Nachbesserungsbedarf, da die Expertise des Rettungsfachpersonals bisher nicht verbindlich vertreten sein muss. Hier sollten Fachvertreter mindestens ein paritätisches Stimmrecht im Verhältnis zu Kostenträgern und Ländern erhalten.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke): Danke schön. Die zweite Frage auch an Sie. Für die passgenaue Vermittlung von guter Versorgung für die Hilfesuchenden spielen die Leitstellen eine zentrale Rolle. Welche Maßnahmen müssen aus Ihrer Sicht ergriffen werden, damit die Leitstellen optimal funktionieren?

Verena Frommer (Notfallsanitäterin in Ausbildung aus Berlin): Vielen Dank für diese Frage. Wie die Reform richtig darstellt, sind Leitstellen der zentrale Steuerungspunkt der Notfallversorgung. Wenn diese Patientensteuerung funktionieren soll, entscheidet sich das maßgeblich dort. Ein zentraler und richtiger Ansatz des Gesetzentwurfs ist die strukturelle Verknüpfung von Akut- und Rettungsleitstellen mit dem Ziel einer gemeinsamen Patientensteuerung. Die Anbindung dort telemedizinischer Beratung sowie Terminservicestellen ist dabei konsequent weiterzuentwickeln. Dabei muss das Ziel ein konsequenter Single-Point-of-Contact sein, mit dem Hilfesuchenden niederschweligen Zugang in die richtige Versorgungsebene erreichen und das sektorenübergreifend, ressourcenschonend und patient:innenwohlorientiert. Voraussetzung dafür ist richtigerweise eine verpflichtende standardisierte und softwaregestützte Notrufabfrage mit klar definierten Qualitätsstandards. Hier muss protokollgestützt definitiv eine medienbruchfreie digitale Fallübergabe gewährleistet sein.



Die **Vorsitzende**: Dann kommen wir in die letzte Runde. Die CDU/CSU beginnt jetzt mit sieben Minuten. Herr Dr. Theiss.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank Frau Vorsitzende. Zunächst möchte ich einleiten, dass ich überzeugt bin, dass die Koalition einen guten Entwurf rechtzeitig vorlegen und beschließen wird. Meine nächste Frage geht an die Bundesärztekammer und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wie soll aus Ihrer Sicht der Notfalltresen im INZ personell besetzt sein, um dann entsprechend gut eine Triage durchführen zu können? Sollten wir das regeln?

Die **Vorsitzende**: Zunächst Herr Dr. Reinhardt und dann Frau Acikgöz.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Es sollte auf jeden Fall so besetzt sein, dass jemand an der Stelle die Entscheidung, ob ich das als ambulanten Fall im Rahmen der Vertragsärztlichen Notfallpraxis versorgen kann oder ob es ein klinischer Fall wird, tatsächlich verlässlich entscheiden kann. Das muss sich um jemanden handeln, der über ausreichend klinische Erfahrung verfügen. Ob das vom Krankenhaus gestellt wird oder von der Kassenärztlichen Vereinigung gestellt wird, kann aus meiner Sicht im Einzelfall entschieden werden zwischen den beiden Beteiligten aus meiner Sicht.

Özlem Acikgöz (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Deutsche Krankenhausgesellschaft. Auch wir sind der Meinung, dass das vor Ort von den Partnern, die dann gemeinsam INZ betreiben, zu entscheiden ist. Was die Qualifikation angeht, sind wir der Meinung, dass es Pflegepersonal sein muss. Einer weitergehenden Qualifikation bedarf es an der Stelle nicht, insbesondere, weil sich im INZ auf jeden Fall auch eine ärztliche Behandlung anschließen wird. Wichtig ist eine Schulung des Personals für diese Triage am Tresen. Und das war es erstmal. Vielen Dank.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Dann würde ich noch mal die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer fragen wollen. Welche Übergangszeiten halten

Sie zur Errichtung der INZ für notwendig? Und wer sollte aus Ihrer Sicht die Kosten für eine neue Errichtung eines INZ an ein Krankenhaus tragen?

Özlem Acikgöz (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Danke schön. Deutsche Krankenhausgesellschaft, Acikgöz. Aus Sicht der Krankenhäuser, die jetzt schon die ambulante Notfallversorgung vielerorts aufrechterhalten, braucht es keine große Übergangszeit. A und O wird die Standortfestlegung sein. Und deshalb sehen wir in dem Fall die erweiterten Landesausschüsse als nicht das Gremium an, das das machen sollte. Da würde es erstmal eine Lernkurve brauchen. Wir sind der Meinung, dass die Länder das festlegen sollen. Dafür können bundesweite Planungskriterien beispielsweise vom G-BA festgelegt werden. Und dann dürfte es schnell gehen. Viel wichtiger wird es sein, wie schnell die KV-Notdienstpraxen an diesen INZ-Standorten sich vollumfänglich etablieren können. Das ist eigentlich der wichtige Part an der Stelle. Was die Finanzierung angeht, muss man ganz eindeutig sagen, für die Krankenhausstrukturen am INZ sind die Länder zuständig. Und sie müssen für die Investitionen an der Stelle endlich aufkommen.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Dem würde ich im weitesten Sinne zustimmen. Vielleicht ergänzend noch, dass man sagen kann, dass jedenfalls im Bereich von Westfalen-Lippe, von dem ich sprechen kann, den kenne ich besser als die Bundesverhältnisse, zahlreiche Notfallpraxen an Kliniken angesiedelt sind, in denen die INZ mit großer Wahrscheinlichkeit entstehen werden und wo es schon Kooperationen zwischen den Notfallpraxen und den Kliniken gibt. Insofern ist da der Bedarf an Neugestaltungen überschaubar an dieser Stelle und im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung, muss man sagen, dass die bisherigen Notfallpraxen, die existieren, auch schon finanziert haben. Insofern ist nur die Frage, sind sie am richtigen Ort lokalisiert oder müssen sie unter Umständen woanders lokalisiert werden.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Die nächste Frage würde an die Johanniter-Unfall-Hilfe gehen und ans Bayerische Rote Kreuz (BRK). Welche Konsequenzen können etwaige Neuregelungen des Rettungsdienstes für die



Funktionsfähigkeit der anerkannten Hilfsorganisationen im Bevölkerungsschutz haben?

Kevin Grigorian (Johanniter-Unfall-Hilfe): Kevin Grigorian für die Johanniter-Unfall-Hilfe. Keine Interessenkonflikte. Ich glaube, die Frage selbst ist eine große Blackbox dadurch, dass die potenzielle Ausgestaltung, wie wird Rettungsdienst da refinanziert und wie wird er in die kommunalen Strukturen eingebettet, an der Stelle noch gar nicht klar ist. Wir haben ein verzahntes Hilfeleistungssystem, so dass wir im Alltag auf viel Personal der Rettungsdienste im Bevölkerungsschutz zugreifen. Gerade in Bezug auf die Ausbildungsrichtlinien Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter, aber auch des anderen Rettungsfachpersonals, also wenn ich die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter betrachte, diese darauf angewiesen sind, dass die Systeme kohärent nebeneinanderstehen.

Robert Augustin (Bayerisches Rotes Kreuz (BRK)): Keine Interessenkonflikte. Vielen Dank für die Frage. Für uns ist es elementar wichtig. Die Kollegen von der Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH) oder der Kollege hat es schon eingeführt, dass Rettungsdienst nicht allein Bestandteil der medizinischen Notfallversorgung ist, sondern zugleich der öffentlichen Daseinsvorsorge und der medizinischen Gefahrenabwehr. Und insofern sind wir uns nicht ganz sicher, worauf der vorgelegte Gesetzentwurf abzielt. Unsere Forderung an der Stelle wäre, dass unbedingt die Sicherstellung der vorhaltebezogenen Finanzierung gegeben ist, weil wir ansonsten Gefahr laufen, das zu entkoppeln. Also auf der einen Seite diese medizinische Dienstleistung und auf der anderen Seite den Teil der medizinischen Gefahrenabwehr, weil draußen in den Einsatzszenarien diese Einzeleinsätze oft aufwachsen zu einer größeren Versorgungslage. Gerade in der aktuellen geopolitischen Situation, wo wir ein Stück weit die Gesamtverteidigung betrachten müssen, scheint uns das Thema Versorgung der Zivilbevölkerung auch in Krisen- und Konfliktzeiten auf jeden Fall in dieser Gesetzesreform mit in den Blick zu nehmen und zudem für die Hilfsorganisationen, die großen Anteil am Rettungsdienst in Deutschland tragen, die vorhandene Bereichsaufnahme für den Rettungsdienst, also die Anerkennung der Leistungen der Hilfsorganisationen in dieser medizinischen Gefahrenabwehr zu gewährleisten und zu

berücksichtigen. Und das wäre uns an der Stelle sehr, sehr wichtig, weil wir ansonsten nicht wissen, ob unsere Leistung, wie wir sie heute erbringen, auf Dauer sicherzustellen wäre.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Dann hätte ich noch mal eine Frage ans BRK. Haben Notfallsanitäter und Notfallsanitäterinnen bereits heute ausreichend Kompetenzen, um in der speziellen ambulanten Notversorgung tätig zu sein und Patienten außerklinisch für den Rettungsdienst fallabschließend versorgen zu können?

Robert Augustin (Bayerisches Rotes Kreuz (BRK)): Aus meiner Sicht bestehen diese Kompetenzen, aber sie bestehen nicht durch die grundstellige Ausbildung allein, sondern im Grunde genommen gibt es bereits weiterführende Seminare und Bildungsangebote. Wir haben aber aus unserer Sicht ein anderes Problem an der Stelle nämlich, dass beim § 2a Notfallsanitätergesetz (NotSanG) diese fallabschließende Hilfe in Situationen, wo keine unmittelbare Lebensgefahr besteht, nicht gegeben ist. Also hier besteht aus unserer Sicht Nachschärfungsbedarf, sodass wir tatsächlich fallabschließend tätig werden können und letzten Endes diese Patienten nicht wieder einer Klinik oder einer ärztlichen Behandlung zuführen müssen.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann kämen wir jetzt zur AfD-Fraktion mit vier Minuten. Herr Giersch, bitte.

Abg. **Alexis L. Giersch** (AfD): Da möchte ich an die letzte Ausführung direkt anschließen. Vielen Dank. Meine Frage geht an Herrn Grigorian von der Johanniter-Unfall-Hilfe. Und zwar steht in einem ihrer Positionspapiere, dass die Ursache für die Zunahme von Rettungsdiensteinsätzen in der Geisteshaltung der Leitstellenmitarbeiter besteht, dass man sagt, im Zweifel schicken wir den Rettungswagen (RTW). Welche konkreten Vorschläge können Sie denn machen, aufgrund dieser Analyse, um solche Fehlfahrten im Rettungsdienst zu reduzieren? Vielen Dank.

Kevin Grigorian (Johanniter-Unfall-Hilfe): Um vielleicht in dem Positionspapier das nochmal klarzustellen, ist die Ursache von Fehlfahrten oder von



Einsatzsteigerungen nicht bei dem Leitstellenpersonal per se zu suchen. Die Kolleginnen und Kollegen in den Leitstellen machen einen Top-Job. Die Fragestellung ist vielmehr, dass das ein strukturelles Problem ist, dass wir in vielen Leitstellen immer noch kein standardisiertes und strukturiertes Notrufabfragesystem haben, was nachzuschärfen wäre, um für die Kolleginnen und Kollegen, die da arbeiten, eine Rechtssicherheit zu bieten, weil oftmals das am Telefon geschilderte von dem in der Praxis Vorgefundene abweicht und wir in der Vergangenheit eine recht klagefreudige Gesellschaft angetroffen haben, die sich dann gegen Leitstellen-disponenten richtet.

Abg. **Alexis L. Giersch** (AfD): Vielen Dank, ganz kurze Nachfrage. Haben Sie weitere Lösungsvorschläge? Sollte die Leitstelle möglicherweise auch den ärztlichen Notdienst schicken können, einsetzen können oder andere Möglichkeiten als den Einsatz eines Rettungswagens bekommen?

Kevin Grigorian (Johanniter-Unfall-Hilfe): Auf jeden Fall. An der Stelle haben wir uns für eine deutliche Ausweitung der Dispositionsmöglichkeiten ausgesprochen. Aktuell haben viele Leitstellen die Möglichkeit, Rettungsmittel tatsächlich alarmbezogen zu disponieren. Und an der Stelle muss ausgeweitet werden, wie kann man auch niederschwellige Versorgungsangebote schon auf der Ebene mit anknüpfen. Das geht nicht darum, dass der Leitstellendisponent, der in einer 112-Gefahrenabwehrleitstelle sitzt, dann tatsächlich auf den Knopf drückt und bei dem Vertreter des kassenärztlichen Notdienstes dann einen Pieper auslöst, der den in derselben Zeit rausschickt. Es geht darum, dass er verbindlich und für ihn an der Stelle abschließend das anders zuweisen kann, das ist dann nicht nur die kassenärztliche Vereinigung mit dem kassenärztlichen Notdienst, sondern es ist auch die in dem Gesetzesentwurf angesprochene spezielle ambulante Notfallversorgung mit einem wirklich breiten Feld an Interventionsmöglichkeiten mit der Perspektive, wo geht das hin. Das sind andere Arten von Fahrdiensten, insgesamt ein deutlich niederschwelligeres System als der reine Notdienst.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Herzlichen Dank. Ich muss noch mal kurz den Herrn Prasse bemühen. Ich habe

Ihnen gerade sehr genau zugehört, als es darum ging, wie schaffen wir es, nicht nur Ersthelfer zu bekommen, sondern auch diese Ersthelfer im System zu halten. Und als alte ehrenamtliche Sanitäterin habe ich da zwei, drei Dinge rausgehört. Ich möchte nur ganz klar von Ihnen wissen, habe ich da raus gehört, dass zum Beispiel eine Stärkung des Vereinswesens, dieser Gemeinschaft, Ich sage nur Deutsches Rotes Kreuz, Johanniter, Malteser, wo jeder, der sich mal ehrenamtlich betätigt hat in seiner Jugend, diese Stärkung dieses Vereinswesens gerade auf der finanziellen Ebene, dass sich das mittelfristig auch in der Anzahl der Ersthelfer niederschlagen wird. Kann man das so einfach übersetzen?

Stefan Prasse (Mobile Retter e.V.): Das kann ich so gar nicht beantworten. Schaden tut es sicherlich nicht, Dinge zu stärken, die fürs Gemeinwesen da sind. Letztendlich geht es um eine gesamte Motivation. Es sind ungebundene Helfende in diesen smartphonebasierten Ersthelfenden-Alarmierungen. Es sind Menschen, die gerade nicht unbedingt, also sowohl als auch, aber die sich nicht unbedingt irgendwo binden wollen. Es betrifft alle.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann wäre die SPD jetzt noch mal mit drei Minuten an der Reihe.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Ich würde noch mal die ADAC Luftrettung fragen. Wie beurteilen Sie die Aufnahme der medizinischen Notfallrettung als eigenständigen Leistungsbereich ins SGB V? Welche Auswirkungen würden Sie sich erwarten für die Luftrettung?

Jens Schwietring (ADAC Luftrettung): Frau Vorsitzende, vielen Dank für die Frage. Im Grundsatz würden wir eine Aufnahme ins SGB V begrüßen. Wir würden feststellen, dass die im Kern der Luftrettung erbrachte medizinische Versorgungsleistung im Vordergrund steht. Wir wissen, dass die spezifischen Abrechnungsmodalitäten natürlich eine Herausforderung darstellen. In den Ausführungen des Kollegen der JUH ist schon angeklungen, dass wir für den Rettungsdienst natürlich auch gesamthaft einige Aspekte der nicht polizeilichen Gefahrenabwehr zu berücksichtigen haben. Nichtsdestotrotz sehen wir deutliche Vorteile,



insbesondere wenn wir eine Unterscheidung vornehmen bei Einsätzen aus der Primärversorgung, dem Primärtransportbereich und dem Sekundäreinsatzprofil von Luftrettungsmitteln, also spricht Interhospitaltransfer, wo häufig sehr komplexe Versorgung der Patienten im Vordergrund stehen. Und dort eine Abbildung in einem dem SGB V zugeordneten Abrechnungsmodell wäre aus unserer Perspektive sachgerecht.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Danke schön. Dann komme ich noch mal auf Herrn Böttiger zurück. Und zwar die Frage der Stärkung der Erste-Hilfe-Kompetenz in der Bevölkerung. Ich weiß nicht, ob sich jeder von uns daran erinnern kann, wann er seinen letzten Erste-Hilfe-Kurs gemacht hat. Aber würden Sie es befürworten, wenn es dazu eine gesetzliche Regelung gäbe, dass es in gewissen Abständen eine Verpflichtung gäbe, Erste-Hilfe aufzufrischen und Erste-Hilfe-Kurse zu belegen?

Prof. Dr. Dr. Bernd W. Böttiger (Medizinische Fakultät, Universität zu Köln): Vielen Dank für die Frage. Wie ich vorhin schon gesagt habe, ist das die entscheidende, wenn es um das Überleben bei der dritthäufigsten Todesursache geht, dass die Umstehenden wissen, was zu tun ist. Wir haben seit, glaube ich, 70 Jahren den Führerscheinkurs. Das kommt aus meiner, aus unserer Sicht viel zu spät. Man muss anfangen, bevor die Menschen in die Pubertät kommen, also nach dem Motto, was Hänchen lernt, vergisst Hans nimmer mehr. Und dann muss man das auch nicht so oft wiederholen. Aber eine gewisse Wiederholungspflicht wäre sinnvoll. Aber man muss es aus meiner und unserer Sicht vor allen Dingen in der Schule verankern. Dann ist das wie Fahrradfahren oder Schwimmen. Die Menschen wissen das. Die machen das mit Begeisterung. Kinder haben einen natürlichen Altruismus. Das ist einfach großartig, wenn sie sehen, wie das geht. Und wir sind bei der Erste-Hilfe-Kompetenz in Deutschland nicht mal europäisches Mittelmaß. Das muss man auch mal sagen. Da sind andere Länder, die vielleicht nicht so wohlhabend sind wie wir, schon sehr viel weiter. Also da gibt es Nachholbedarf.

Die **Vorsitzende**: Die restlichen 16 Sekunden schenke ich dem Abend und bedanke mich sehr

herzlich. Ich finde, das war jetzt auch noch mal ein gutes Schlusswort und ein guter Schlussappell sozusagen. Ich bedanke mich sehr herzlich bei Ihnen allen, dass Sie gekommen sind. Es war jetzt, fand ich, noch mal sehr informativ. Und wir werden, so wie es aussieht, dann in diesem Jahr hoffentlich bald die Gelegenheit haben, noch mal in der Runde zu dem nächsten Gesetzentwurf hier zusammenzukommen. Und zwischenzeitlich werden wir sicherlich im Austausch bleiben. Also, wir bemühen uns sehr, dass wir da vorankommen und hoffen, dass wir das tatsächlich dieses Jahr nach langen Diskussionsprozessen über viele, viele Jahre in irgendeiner Form dann hinbekommen. Also noch mal vielen Dank. Schönen Abend und alles Gute Ihnen und bis zum nächsten Mal.

Schluss der Sitzung: 18:29 Uhr

gez.

Dr. Tanja Machalet, MdB
Vorsitzende