



Abs: Björn Steiger Stiftung – Pettristr. 12 – 71364 Winnenden

**An den
Deutschen Bundestag
Ausschuss für Gesundheit**

Via Email
anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de

Ihr Ansprechpartner
Ing. Christof Constantin Chwojka
Geschäftsführer

 71364 Winnenden, Pettristraße 12
 c.chwojka@steiger-stiftung.de
 www.rettungslandschaft.de

Winnenden, 31. August 2026

Betrifft: Anhörung am 9. September 2026, Stellungnahme vorab

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,
vielen Dank für die Einladung zur Anhörung am 9. September 2026 im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags in Berlin zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drs. 21/6808) sowie Antrag der Fraktion Die Linke „Bedarfsgerechte und krisenfeste Akut- und Notfallversorgung“ (BT-Drs. 21/5822).

A. Zusammenfassung

Die Björn Steiger Stiftung unterstützt den Gesetzentwurf der Bundesregierung ausdrücklich. Er vollzieht einen Systemwechsel, für den die Stiftung seit Jahrzehnten wirbt: Die medizinische Notfallrettung wird als eigenständige Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt und ist nicht länger eine bloße Nebenleistung zum Transport. Zugleich bleibt der Entwurf an den Stellen unverbindlich, an denen es auf Verbindlichkeit ankommt. Unsere Bewertung lässt sich in sieben Punkten zusammenfassen:

1. Die softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage ist der wichtigste einzelne Hebel dieser Reform. Sie wird im Entwurf jedoch nur mittelbar durchgesetzt, nirgends definiert und mit keiner einzigen inhaltlichen Anforderung unterlegt. Ohne Legaldefinition wäre eine elektronische Eingabemaske ohne medizinischen Algorithmus gesetzeskonform.
2. Die telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen wird in § 30 Absatz 3 SGB V-E als Bestandteil des Notfallmanagements genannt, aber an keiner Stelle abgesichert. Sie ist die einzige Maßnahme der gesamten Reform, die unmittelbar über Leben und Tod entscheidet.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.



3. Das Gesundheitsleitsystem nach § 133a SGB V-E entsteht nur auf Antrag. Eine Steuerungsstruktur, deren Zustandekommen im Belieben einer Seite steht, ist keine Steuerungsstruktur. 112 und 116117 blieben zwei getrennte Welten mit einer technischen Brücke dazwischen.
4. Der Entwurf verlangt lediglich „übereinstimmende Bewertungen des Gesundheitszustandes“. Entscheidend ist aber nicht die gleiche Beschreibung, sondern dieselbe Konsequenz: dieselbe Dringlichkeit, dieselbe Versorgungsebene. Nur dann ist es für Hilfesuchende gleichgültig, welche Nummer sie wählen.
5. Für die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen enthält der Entwurf verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben. Für die Entgegennahme des Notrufs 112 enthält er keine. Diese Asymmetrie ist sachlich nicht begründbar.
6. Die Qualitätssicherung bleibt Ankündigung: Die Rahmenempfehlungen des Fachgremiums haben nach Auffassung der Bundesregierung selbst „bloß unverbindlichen Rechtscharakter“, und das Qualitätsregister nach § 133d SGB V-E schließt Rückschlüsse auf einzelne Leistungserbringer ausdrücklich aus. Damit entstünde ein Register, dessen Ergebnisse für die Steuerung des einzelnen Standorts unbrauchbar sind.
7. Die vorgesehene Zuzahlung von zehn Euro verlagert Verantwortung an die falsche Stelle. Gesteuert werden muss über eine qualifizierte, standardisierte Ersteinschätzung, nicht über die Geldbörse der Patientinnen und Patienten.

Der Antrag der Fraktion Die Linke (BT-Drs. 21/5822) benennt zutreffend eine Reihe realer Missstände und teilt mit uns wesentliche Ziele, insbesondere die integrierte Leitstelle, die bundeseinheitliche standardisierte Ersteinschätzung, einheitliche Hilfsfristen und ein Notfallregister. Den vorgeschlagenen Umsetzungsweg über eine Übertragung des Sicherstellungsauftrags an die Länder halten wir hingegen für falsch: Er würde die Fragmentierung verfestigen, die diese Reform gerade überwinden soll.

B. Weshalb die Stiftung Stellung nimmt

Die Björn Steiger Stiftung wurde 1969 gegründet, nachdem der achtjährige Björn Steiger nach einem Verkehrsunfall gestorben war, weil rechtzeitige professionelle Hilfe fehlte. Seither arbeitet die Stiftung an einem Ziel: dass die Überlebenschance im Notfall nicht davon abhängt, wo jemand wohnt.

Dieses Ziel ist bis heute nicht erreicht. Hilfsfristen werden in den Ländern unterschiedlich definiert, unterschiedlich gemessen und unterschiedlich eingehalten. Die Notrufabfrage folgt nur in einem kleinen Teil der Leitstellen einem geprüften Algorithmus, im überwiegenden Teil der persönlichen Erfahrung der Disponenten. Qualitätsmanagement findet in den Leitstellen bislang nur an einer Minderheit der Standorte in nennenswertem Umfang statt. Wer heute in

Deutschland den Notruf wählt, erhält je nach Landkreis eine unterschiedlich gute Chance, richtig eingeschätzt zu werden.

Die Stiftung hat diesen Befund im März 2025 mit einer Verfassungsbeschwerde vor das Bundesverfassungsgericht getragen, gegen die Bundesrepublik Deutschland und, exemplarisch für alle Länder, gegen das Land Baden-Württemberg. Das zugrunde liegende Gutachten des früheren Bundesverfassungsrichters Prof. Dr. Udo Di Fabio leitet aus der staatlichen Schutzpflicht nach Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes die Verpflichtung ab, ein funktionierendes System der Notfallrettung mit harmonisierenden Qualitätsvorgaben bereitzustellen. Da der Bund die medizinische Infrastruktur über die Sozialversicherung finanziert, trifft ihn insoweit eine eigene Verantwortung.

Vor diesem Hintergrund bewerten wir den vorliegenden Entwurf. Wir tun das konstruktiv: Der Entwurf ist die beste Grundlage, die seit über einem Jahrzehnt vorgelegen hat. Gerade deshalb darf er nicht auf halbem Weg stehenbleiben.

Die Björn Steiger Stiftung ist eine gemeinnützige Stiftung bürgerlichen Rechts mit Sitz in Winnenden. Sie finanziert sich aus Spenden, Zustiftungen und Erträgen des Stiftungsvermögens. Sie ist im Lobbyregister für die Interessenvertretung gegenüber dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung eingetragen.

Finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Gegenstand der Beratungen, insbesondere wirtschaftliche Beteiligungen an Anbietern von Notrufabfragesystemen, Leitstellentechnik oder rettungsdienstlicher Software, bestehen nicht. Die Stiftung verfolgt mit ihrer Positionierung keine Erwerbsinteressen, sondern ihren satzungsgemäßen Zweck, die Notfallhilfe und das Rettungswesen in Deutschland zu verbessern.

C. Grundsätzliche Bewertung des Gesetzentwurfs (BT-Drs. 21/6808)

C.1 Was der Entwurf richtig macht

Anerkennung als Sachleistung. Mit dem neuen § 30 SGB V wird die medizinische Notfallrettung als Leistung der Krankenbehandlung anerkannt. Damit endet die Fiktion, der Rettungsdienst erbringe im Kern eine Beförderungsleistung. Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung vor Ort und Betreuung während des Transports werden als das behandelt, was sie sind: Medizin. Das ist der zentrale Fortschritt dieses Gesetzes.

Versorgung ohne Transport wird möglich. Weil künftig nicht mehr allein der Transport vergütet wird, entfällt der systematische Anreiz, Patienten auch dann ins Krankenhaus zu fahren, wenn eine abschließende Versorgung vor Ort medizinisch richtig wäre. Das entlastet Notaufnahmen und Rettungsmittel gleichermaßen.



Bundesweite Strukturen statt sechzehn Wege. Das Fachgremium medizinische Notfallrettung nach § 133b SGB V-E, die digitale Notfalldokumentation nach § 133c SGB V-E, die Datenübermittlung zur Qualitätssicherung nach § 133d SGB V-E und das AED-Kataster nach § 133h SGB V-E schaffen erstmals bundesweite Bezugspunkte für einen Bereich, der bislang ausschließlich landesrechtlich organisiert war.

Integrierte Notfallzentren. Die verbindliche Zusammenarbeit von Krankenhausnotaufnahme, Notdienstpraxis und zentraler Ersteinschätzungsstelle folgt dem Leitbild einer Notfallversorgung aus einer Hand. Die Stiftung unterstützt dieses Konzept.

Ersthelferalarmierung und AED-Kataster. Die Aufnahme der Ersthelferalarmierung und des AED-Katasters in den Leistungsumfang des Notfallmanagements ist eine langjährige Forderung der Stiftung. Beim außerklinischen Kreislaufstillstand entscheiden die Minuten vor dem Eintreffen des Rettungsdienstes über das Ergebnis.

Telemedizin und aufsuchender Dienst. Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, durchgängig eine telemedizinische und eine aufsuchende Versorgung vorzuhalten (§ 75 Absatz 1b SGB V-E), schließt eine Lücke, die den Rettungsdienst über Jahre zur Ausfallbürgschaft der ambulanten Versorgung gemacht hat.

C.2 Der durchgehende Befund: Der Rahmen steht, die Bindung fehlt

Bei nahezu jedem der genannten Fortschritte wiederholt sich dasselbe Muster. Der Entwurf schafft eine Struktur, benennt ein Ziel und verzichtet dann auf die Verpflichtung, die das Ziel erreichbar macht. Die Notrufabfrage wird vorausgesetzt, aber nicht vorgeschrieben. Das Gesundheitsleitsystem wird ermöglicht, aber nur auf Antrag. Qualitätsindikatoren werden erhoben, aber nicht standortbezogen veröffentlicht. Rahmenempfehlungen werden erstellt, binden aber niemanden.

Aus der Erfahrung von mehr als fünfzig Jahren rettungsdienstlicher Reformdebatte sagen wir deutlich: Was im parlamentarischen Verfahren nicht in den Gesetzestext gelangt, gelangt später in aller Regel auch nicht mehr dorthin. Zusagen, Dinge im Verordnungswege oder in der Selbstverwaltung nachzuholen, sind über Jahrzehnte hinweg regelmäßig nicht eingelöst worden. Wir bitten den Ausschuss deshalb, die im Folgenden benannten Punkte im laufenden Verfahren zu regeln und nicht auf spätere Rechtsetzung zu verweisen.

Wichtig ist uns dabei: Sämtliche im Folgenden vorgeschlagenen Änderungen bewegen sich im Leistungs- und Leistungserbringerrecht der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie greifen nicht in die Organisation, die Trägerschaft oder die Aufsicht des Rettungsdienstes nach Landesrecht ein. Welche Stelle Leistungserbringer ist, bestimmt weiterhin das jeweilige Landesrettungsdienstgesetz. Eine Zustimmungsbedürftigkeit des Gesetzes wird dadurch nicht ausgelöst.



D. Die zentralen Regelungslücken und was zu tun ist

D.1 Die standardisierte Notrufabfrage: vorausgesetzt, aber nicht vorgeschrieben und nicht definiert

Befund. Der Begriff der „softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage“ kommt im Entwurf an drei Stellen vor: in § 30 Absatz 3 Satz 3 (die Vermittlung ist nach 24 Monaten nur noch dann vom Leistungsanspruch umfasst, wenn sie auf dieser Grundlage erfolgt), in § 302 Absatz 1 Satz 4 (Abrechnungsnachweis) und in § 133a (Voraussetzung für das Gesundheitsleitsystem). Eine ausdrückliche Pflicht der Leitstellenbetreiber, eine solche Abfrage zu nutzen, enthält der Entwurf nicht. Und an keiner Stelle wird gesagt, was eine softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage eigentlich ist.

Warum das ein Problem ist. Ohne Legaldefinition ist der Begriff auslegungsoffen. Eine elektronische Eingabemaske ohne medizinischen Algorithmus, ohne reproduzierbare Dringlichkeitszuordnung und ohne Anleitung zur Reanimation wäre gesetzeskonform. Der Markt wird diese Lücke nutzen. Nicht aus bösem Willen, sondern weil die billigste zulässige Lösung sich durchsetzt, wenn der Gesetzgeber keine Untergrenze zieht. Das eigentliche Reformziel, eine bundesweit gleichwertige und medizinisch begründete Steuerung, ginge dabei verloren. Hinzu kommt: Die Konstruktion über § 30 Absatz 3 Satz 3 knüpft den Leistungsanspruch der Versicherten an ein Organisationsversäumnis ihres örtlichen Leistungserbringers. Bundesrat und Bundesregierung sind sich einig, dass das nicht sachgerecht ist.

Lösung. Die Bindung gehört aus dem Leistungsrecht in das Leistungserbringerrecht, dorthin, wo die Pflicht den Leistungserbringer trifft und nicht die Patientin oder den Patienten. Konkret: In § 133 Absatz 1 SGB V wird geregelt, dass nach Ablauf der ohnehin vorgesehenen 24-monatigen Umstellungsfrist Leistungserbringer des Notfallmanagements nur sein kann, wer Hilfersuchen auf der Grundlage einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage bearbeitet. Damit § 30 Absatz 3 Satz 3 entfallen kann, ohne dass Verbindlichkeit verlorenggeht, ist zugleich im Vergütungsrecht des § 133 Absatz 2 SGB V ausdrücklich zu regeln, dass Entgelte für das Notfallmanagement nach Ablauf derselben Frist nur noch vereinbart und abgerechnet werden dürfen, wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, und dass der Leistungserbringer dies gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachweist. Beides gehört zwingend zusammen: Eine Streichung des § 30 Absatz 3 Satz 3 ohne diese Absicherung würde die heute bestehende Verbindlichkeit nicht erhöhen, sondern lediglich verschieben.

Zugleich ist eine Legaldefinition aufzunehmen. Aus unserer Sicht muss eine softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage mindestens fünf Eigenschaften erfüllen:



- Sie erhebt das Hilfeersuchen strukturiert, symptombezogen und algorithmusgestützt anhand eines medizinisch-wissenschaftlich begründeten und regelmäßig fortentwickelten Abfrageprotokolls.
- Sie ordnet das Hilfeersuchen auf dieser Grundlage nachvollziehbar und reproduzierbar einer Dringlichkeitsstufe und der erforderlichen Versorgungsebene zu.
- Sie unterstützt die Erkennung eines Kreislaufstillstands einschließlich einer Schnappatmung und gibt die telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen strukturiert vor.
- Sie dokumentiert jeden Abfragevorgang vollständig, nachvollziehbar und auswertbar.
- Sie ist in ein Qualitätsmanagement eingebunden, das die regelmäßige Auswertung der Abfragevorgänge anhand definierter Qualitätsindikatoren sowie Schulung, Zertifizierung und wiederkehrende Rezertifizierung der eingesetzten Mitarbeitenden umfasst.

Diese Merkmale beschreiben den international etablierten fachlichen Standard. Sie sind technologieoffen formuliert und legen kein bestimmtes Produkt fest. Die weitere Konkretisierung kann den Rahmenempfehlungen nach § 133b SGB V-E überlassen bleiben, vorausgesetzt, diese werden verbindlich (dazu unter D.6).

Wir weisen darauf hin, dass der Bundesrat in Ziffer 2 seiner Stellungnahme selbst eine Verankerung der Nutzungspflicht im Leistungserbringerrecht gefordert und die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung eine Prüfung zugesagt hat. Eine Übernahme in die Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen richtet sich damit weder gegen die Länder noch gegen die Bundesregierung.

D.2 Telefonische Reanimationsanleitung: genannt, aber nicht abgesichert

Befund. § 30 Absatz 3 Satz 1 SGB V-E zählt die telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen zum Notfallmanagement. Damit endet die Regelung. Es gibt keine Anforderung an das eingesetzte Abfragesystem, den Kreislaufstillstand überhaupt zu erkennen, keine Vorgabe zur Schulung der Mitarbeitenden, keinen Qualitätsindikator und keine Erhebungspflicht.

Warum das ein Problem ist. Beim außerklinischen Kreislaufstillstand entscheidet die Zeit bis zum Beginn der Herzdruckmassage über das Überleben und über das neurologische Ergebnis. Der Rettungsdienst ist in dieser Zeitspanne noch nicht da. Die einzige Person, die handeln kann, ist die anrufende Person, angeleitet durch die Leitstelle. Das setzt voraus, dass die Leitstelle den Kreislaufstillstand erkennt. Er ist häufig durch eine Schnappatmung verdeckt, die von Laien und in der freien Abfrage regelmäßig als „er atmet noch“ berichtet wird. Diese Erkennung leistet zuverlässig nur ein Abfragealgorithmus, nicht die Erfahrung im Einzelfall.



Genau hier liegt die Verbindung zwischen der standardisierten Notrufabfrage und dem messbaren Überleben von Menschen.

Lösung. Erstens: Die Fähigkeit zur Erkennung des Kreislaufstillstands und zur strukturierten Anleitung ist als Merkmal in die Legaldefinition der Notrufabfrage aufzunehmen (siehe D.1). Zweitens: Die Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 4 Nummer 1 SGB V-E, die die telefonische Anleitung bereits als Gegenstand nennen, sind insoweit für verbindlich zu erklären und um Qualitätsindikatoren, Zielwerte sowie Verfahren der Auditierung, Schulung und Zertifizierung zu ergänzen. Drittens: Die Erkennungsrate des Kreislaufstillstands und die Quote der telefonisch angeleiteten Wiederbelebung gehören in den gesetzlichen Mindestkatalog der zu übermittelnden Qualitätsdaten nach § 133d SGB V-E (siehe D.6).

D.3 Gesundheitsleitsystem: Antrag statt Pflicht

Befund. Nach § 133a Absatz 1 SGB V-E ist die Kassenärztliche Vereinigung „auf Antrag eines Leistungserbringers des Notfallmanagements“ verpflichtet, eine Kooperationsvereinbarung zu schließen, und auch das nur, wenn dieser bereits über eine standardisierte Notrufabfrage verfügt. Stellt niemand einen Antrag, entsteht kein Gesundheitsleitsystem. Eine Frist gibt es nicht, ein Konfliktlösungsverfahren für den Fall der Nichteinigung ebenfalls nicht.

Warum das ein Problem ist. Die organisatorische Zusammenführung von 112 und 116117 ist der zweite große Hebel dieser Reform. Der Entwurf macht ihr Zustandekommen von der Initiative einer einzelnen Seite abhängig. Damit entsteht genau das Bild, das wir seit Jahren beschreiben: zwei getrennte Welten mit einer technischen Brücke dazwischen, deren Betreten freiwillig ist. Eine bloße Verzahnung entlastet weder Rettungsdienste noch Notaufnahmen. Der Hinweis, die Länder könnten die Verpflichtung landesrechtlich nachholen, überzeugt nicht, denn er würde erneut sechzehn unterschiedliche Umsetzungsstände erzeugen. Beide Seiten erbringen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung; die Zusammenführung ist deshalb bundesrechtlich zu regeln.

Lösung. Die Kooperationsvereinbarung ist als beiderseitige Pflicht auszugestalten, mit einer Frist, die an die im Übrigen geltende 24-Monats-Frist angeglichen wird, und mit einem Schiedsverfahren für den Fall, dass eine Einigung nicht zustande kommt. Auf die bereits in § 133 Absatz 4 SGB V-E vorgesehene Schiedsstelle kann verwiesen werden; ein zusätzliches Gremium ist nicht erforderlich. Auch dies entspricht im Kern Ziffer 34 der Stellungnahme des Bundesrates, die die Bundesregierung als grundsätzlich zu begrüßen bezeichnet hat.

Unser Zielbild bleibt weitergehend: ein Gesundheitsleitsystem, in dem ein Hilfeersuchen unabhängig vom gewählten Weg zentral bewertet und zum medizinisch richtigen Angebot gesteuert wird - Rettungsmittel, aufsuchender Dienst, telemedizinische Konsultation, Termin in der Praxis, Krankentransport, Palliativteam, Gemeindenotfallsanitäter oder Ersthelfer. Der Entwurf legt dafür die Grundlage. Er sollte sie nicht optional machen.



D.4 Ergebnisgleichheit der Abfragesysteme statt bloß ähnlicher Bewertung

Befund. § 133a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V-E verlangt, die Abfragesysteme der 112 und der 116117 so aufeinander abzustimmen, „dass es zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes eines Hilfesuchenden kommt“. Für die einheitliche Ausgestaltung dieser Regelungen über alle Gesundheitsleitsysteme hinweg sieht Satz 2 lediglich vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen darauf „hinwirken“.

Warum das ein Problem ist. Eine übereinstimmende Beschreibung des Zustands ist nicht das Ziel. Entscheidend ist, dass beide Systeme dieselbe Konsequenz ziehen: dieselbe Dringlichkeitsstufe und dieselbe Zuweisung zur medizinisch gebotenen Versorgungsebene. Erst dann ist es für Hilfesuchende gleichgültig, welche Nummer sie wählen und erst dann entsteht eine durchgängige Steuerung zum Best Point of Service. Eine Hinwirkungspflicht ohne Frist, ohne Verfahren und ohne Ersatzbefugnis ist rechtlich folgenlos. Bei bundesweit über hundert Kooperationsvereinbarungen führt das absehbar zu einer erneuten Fragmentierung, diesmal auf Ebene der Schnittstellen.

Lösung. Nummer 1 ist auf Ergebnisgleichheit umzustellen: dass ein Hilfeersuchen unabhängig davon, unter welcher Rufnummer und bei welcher Stelle es eingeht, zu derselben Dringlichkeitsbewertung und derselben Zuweisung führt. Die einheitliche Ausgestaltung ist auf die Bundesebene zu verlagern. Kassenärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren sie gemeinsam und einheitlich innerhalb einer gesetzlichen Frist. Kommt die Vereinbarung nicht zustande, trifft das Bundesministerium für Gesundheit die Festlegung im Benehmen mit beiden. Dieses Modell ist dem Entwurf nicht fremd: § 133b Absatz 6 SGB V-E sieht es für die Rahmenempfehlungen bereits vor. Eine zusätzliche Verordnungsermächtigung ist nicht erforderlich.

D.5 Erreichbarkeit: verbindliche Vorgaben für die 116117, keine für die 112

Befund. Für die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen legt § 75 Absatz 1c SGB V-E verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben fest: innerhalb von drei Minuten für 75 Prozent und innerhalb von zehn Minuten für 95 Prozent der Anrufenden. Für die Entgegennahme des Notrufs 112 durch die Leistungserbringer des Notfallmanagements enthält der Entwurf keine entsprechende Vorgabe, obwohl das Notfallmanagement künftig eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist.

Warum das ein Problem ist. Diese Asymmetrie ist sachlich nicht begründbar. Beim Notruf 112 sind die Zeitreserven kleiner, nicht größer. Die Notrufannahmezeit ist zudem der erste Baustein jeder Rettungskette; sie geht jeder Hilfsfrist voraus und wird in Deutschland uneinheitlich erfasst. Wenn der Gesetzgeber Erreichbarkeit für die eine Rufnummer normiert, sollte er es für die andere erst recht tun.



Lösung. Für die Entgegennahme medizinischer Hilfeersuchen nach § 30 Absatz 3 SGB V-E sind bundeseinheitliche Vorgaben zur Notrufannahmezeit zu treffen, entweder unmittelbar im Gesetz nach dem Vorbild des § 75 Absatz 1c SGB V-E oder über die Rahmenempfehlungen nach § 133b SGB V-E, sofern diese verbindlich ausgestaltet werden. Der naheliegende Weg ist, die Erreichbarkeit und die Annahmezeiten bei der Entgegennahme medizinischer Hilfeersuchen ausdrücklich in den Gegenstandskatalog der Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 4 Nummer 1 SGB V-E aufzunehmen und diese Rahmenempfehlungen zugleich verbindlich auszugestalten (siehe D.6). Eine eigene Norm nach dem Vorbild des § 75 Absatz 1c SGB V-E wäre dann entbehrlich. In jedem Fall gehört die Notrufannahmezeit in den Katalog der zu übermittelnden Qualitätsdaten nach § 133d SGB V-E.

D.6 Qualitätssicherung: erhoben, aber nicht verbindlich und nicht vergleichbar

Die Rahmenempfehlungen binden niemanden

Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates ausdrücklich auf den „bloß unverbindlichen Rechtscharakter“ der Rahmenempfehlungen hingewiesen. Damit ist die entscheidende Schwäche benannt: Die inhaltlich wichtigsten Festlegungen - Anwendung der Abfragesysteme, telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen, Qualitätsindikatoren - werden einem Gremium überantwortet, dessen Ergebnisse rechtlich folgenlos bleiben.

Wir schlagen vor, die Verbindlichkeit gezielt dort herzustellen, wo bundesweite Gleichwertigkeit unverzichtbar ist: für die Rahmenempfehlungen zu den Abfragesystemen, zur Erreichbarkeit bei der Entgegennahme von Hilfeersuchen, zur telefonischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und zu den bundeseinheitlichen Höchstwerten für die Eintreffzeiten des aufsuchenden Dienstes. Für alle übrigen Gegenstände kann es bei der Berücksichtigungspflicht bleiben; regionale Besonderheiten nach § 133b Absatz 1 Satz 3 SGB V-E bleiben unberührt. Der Gegenstandskatalog des § 133b Absatz 4 Nummer 1 SGB V-E sollte dafür um die Anforderungen an die Notrufabfrage, um die Erreichbarkeit und die Annahmezeiten sowie um Qualitätsindikatoren, Zielwerte und Verfahren der Auditierung, Schulung und Zertifizierung ergänzt werden. Zusätzlich ist eine gesetzliche Frist für die Erstellung dieser Rahmenempfehlungen erforderlich, damit sie vor Ablauf der 24-monatigen Umstellungsfrist vorliegen; andernfalls müssten die Leistungserbringer investieren, ohne die maßgeblichen Anforderungen zu kennen. Die Ersatzbefugnis des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 133b Absatz 6 SGB V-E greift bei Fristversäumnis bereits nach geltender Entwurfsfassung.

Ausdrücklich nicht unterstützen wir den Vorschlag, die Beschlussfassung des Fachgremiums an eine Zweidrittelmehrheit zu binden. Eine solche Hürde käme einer Sperrminorität gleich



und würde das Gremium in genau den Fragen handlungsunfähig machen, für die es geschaffen wurde. Die Bundesregierung hat diesen Vorschlag zu Recht abgelehnt.

Das Qualitätsregister verdeckt, worauf es ankommt

§ 133d SGB V-E verpflichtet zur Datenübermittlung und zur Veröffentlichung, schließt aber Rückschlüsse auf einzelne Leistungserbringer ausdrücklich aus und gliedert die Ergebnisse nur nach Bund und Ländern. Was zu erheben ist, bestimmt eine Rechtsverordnung, deren Zeitpunkt offen ist.

Damit entstünde ein Register, dessen Ergebnisse für die Steuerung des einzelnen Standorts unbrauchbar sind. Bundes- und Landesdurchschnitte verdecken gerade jene Unterschiede, um deren Beseitigung es geht. Der Schutz der betroffenen Personen und einzelner Einsätze muss selbstverständlich vollständig erhalten bleiben. Der Schutz eines Leistungserbringers vor Vergleichbarkeit ist demgegenüber kein schützenswerter Belang; im Krankenhausbereich sind einrichtungsbezogene Veröffentlichungen seit Jahren etabliert.

Wir schlagen vor:

- Ein gesetzlicher Mindestkatalog der zu übermittelnden Daten, unabhängig vom Erlass der Rechtsverordnung. Er sollte mindestens umfassen: Anzahl der Hilfersuchen sowie Zeiten bis zur Annahme und bis zur Alarmierung; Anteil der vollständig nach Abfragesystem bearbeiteten Hilfersuchen; Erkennung von Kreislaufstillständen und Quote der telefonisch angeleiteten Wiederbelebung; Eintreffzeiten der Einsatzmittel; Übereinstimmung der Dringlichkeitsbewertung mit einer retrospektiven medizinischen Bewertung; Versorgungsergebnis bei definierten Notfallbildern, insbesondere beim außerklinischen Kreislaufstillstand.
- Veröffentlichung zusätzlich bezogen auf die einzelnen Leistungserbringer des Notfallmanagements, unter vollständiger Wahrung des Schutzes einzelner Einsätze und betroffener Personen.
- Eine spürbare, aber maßvolle Rechtsfolge bei nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht übermittelten Daten. Eine Übermittlungspflicht ohne Rechtsfolge wird erfahrungsgemäß unvollständig erfüllt.

D.7 Eintreffzeiten des aufsuchenden Dienstes und Hilfsfristen

Befund. § 133a Absatz 2 Satz 3 SGB V-E verpflichtet die Parteien der Kooperationsvereinbarung, Eintreffzeiten des aufsuchenden Dienstes verbindlich festzulegen. Der Entwurf enthält dafür aber weder einen bundeseinheitlichen Rahmen noch eine Regelung für den Fall, dass eine Einigung ausbleibt. Im Bundesrat ist zudem vorgeschlagen worden, die Verbindlichkeit zu einer bloßen Zielgröße abzuschwächen.

Warum das ein Problem ist. Ohne verbindliche Eintreffzeiten wird die Leitstelle im Zweifel weiterhin den Rettungswagen entsenden, weil nur dieser eine belastbare Zusage über den Eintreffzeitpunkt bietet. Die gesamte Steuerungswirkung des Gesundheitsleitsystems hinge damit in der Luft. Der Abschwächung zur Zielgröße ist entschieden entgegenzutreten.

Lösung. Die verbindliche Festlegung bleibt, wird aber durch bundeseinheitliche Höchstwerte in den Rahmenempfehlungen gerahmt, die nicht überschritten werden dürfen. Kommt vor Ort keine Festlegung zustande, gelten die bundeseinheitlichen Höchstwerte unmittelbar. Damit besteht für keine Seite ein Anreiz, die Verhandlung zu verzögern, und ein zusätzliches Verfahren wird nicht benötigt.

Für die Hilfsfristen der medizinischen Notfallrettung selbst sieht der Entwurf keine bundeseinheitliche Regelung vor. Wir halten das für die größte verbleibende Lücke der Reform. Die Länder definieren, messen und erfüllen Hilfsfristen unterschiedlich; ein Vergleich ist derzeit praktisch unmöglich. Als erster Schritt, der die Organisationshoheit der Länder unberührt lässt, sollte zumindest eine bundeseinheitliche Definition und Messmethodik der Eintreffzeiten festgelegt und deren Erhebung nach § 133d SGB V-E verpflichtend gemacht werden. Ohne vergleichbare Messung ist jede Diskussion über Gleichwertigkeit gegenstandslos.

D.8 Finanzierung: Vorhaltekosten und Grundlohnbindung

Befund. Nach § 133 Absatz 2 Satz 3 SGB V-E dürfen bei der Kalkulation der Entgelte nur Kosten berücksichtigt werden, die der Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 dienen; Kosten für darüber hinausgehende öffentliche Aufgaben bleiben außen vor. Zugleich ist nach Satz 6 § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V, die Bindung an die Grundlohnsumme, zu beachten.

Warum das ein Problem ist. Die medizinische Notfallrettung ist ein vorhalteintensiver Bereich. Ihre Kosten entstehen überwiegend nicht pro Einsatz, sondern durch die Bereitstellung von Personal, Fahrzeugen, Wachen und Leitstellentechnik rund um die Uhr. Werden zugleich die Anerkennung von Vorhalte- und Investitionskosten eng gefasst und die Personalkosten an die Grundlohnrate gebunden, entsteht eine strukturelle Unterfinanzierung und zwar genau in dem Moment, in dem der Gesetzgeber zusätzliche Anforderungen an Software, Qualitätsmanagement, Schulung, Zertifizierung und digitale Vernetzung stellt. Qualität, die gefordert, aber nicht finanziert wird, wird nicht erbracht.

Lösung. Erstens: Klarstellung, dass die für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen erforderlichen Vorhalte- und Investitionskosten, einschließlich Abfragesystem, Qualitätsmanagement und Anbindung an die Telematikinfrastruktur, bei der Kalkulation zu berücksichtigen sind. Zweitens: Für den Aufbau dieser Strukturen ist eine Ausnahme von der Grundlohnbindung nach § 71 SGB V vorzusehen, zumindest befristet für die



Umstellungsphase. Die vom Bund vorgesehene Anschubfinanzierung von 225 Millionen Euro für die digitale Infrastruktur ist ein richtiges Signal, deckt aber den laufenden Betrieb nicht ab.

Wir weisen darauf hin, dass sich diese Investitionen rechnen. Die Bundesregierung selbst beziffert die jährlichen Einsparungen der Reform auf gut 1,2 Milliarden Euro, davon 223 Millionen Euro allein durch die bedarfsgerechte Entsendung von Notarzteinsatzmitteln und 370 Millionen Euro durch bedarfsgerechte Transportmittel, beides unmittelbare Folgen der standardisierten Notrufabfrage. Nach unserer Einschätzung sind diese Annahmen eher konservativ. Wer die Notrufabfrage abschwächt, verzichtet damit zugleich auf den größten Teil des ausgewiesenen Einsparpotenzials.

D.9 Zuzahlung nach § 30 Absatz 6 SGB V-E

Befund. Versicherte sollen zur notfallmedizinischen Versorgung und zum Notfalltransport eine Zuzahlung von zehn Euro leisten (§ 30 Absatz 6 SGB V-E in Verbindung mit § 61 Satz 4 SGB V-E).

Warum wir das ablehnen. Die Fehlinanspruchnahme des Rettungsdienstes ist kein Verhaltensproblem der Versicherten. Sie ist die Folge eines Systems, das über Jahrzehnte keine verlässliche Alternative zur 112 angeboten hat. Wer in einer Ausnahmesituation den Notruf wählt, trifft keine Konsumententscheidung, sondern die einzige Entscheidung, die ihm bekannt ist. Hinzu tritt ein systematischer Einwand: Die Zuzahlung knüpft an die tatsächliche Erbringung der Versorgung oder des Transports an, also an eine Leistung, deren Erforderlichkeit die Leitstelle disponiert hat, nicht die versicherte Person. Belastet würde damit derjenige, der das Ergebnis der Disposition nicht beeinflussen kann. Und die Wirkung träfe strukturell diejenigen am stärksten, die ohnehin die schlechteste Anbindung an die Regelversorgung haben.

Lösung. Streichung. Die Steuerung muss dort ansetzen, wo sie fachlich möglich ist: bei einer qualifizierten, standardisierten Ersteinschätzung, die den Hilfesuchenden der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zuweist. Genau dafür schafft dieses Gesetz mit der Notrufabfrage und dem Gesundheitsleitsystem die Instrumente. Gesteuert wird über Qualität, nicht über die Geldbörse.

E. Zum Antrag der Fraktion Die Linke (BT-Drs. 21/5822)

Der Antrag beschreibt die Ausgangslage in weiten Teilen zutreffend: die fehlende Steuerung, die Rolle von Notaufnahmen und Rettungsdienst als Auffangstruktur für Versorgungslücken, den systematischen Transportanreiz in der geltenden Finanzierung und die regional stark unterschiedliche Anwendung heilkundlicher Kompetenzen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern. Diese Analyse teilen wir.



E.1 Wo wir zustimmen

- Aufnahme des Rettungsdienstes als Bestandteil der Regelversorgung in das SGB V einschließlich der fallabschließenden Versorgung vor Ort (Ziffer 1 Buchstabe a). Das ist der Kern auch des Regierungsentwurfs und die zentrale Forderung der Stiftung.
- Integrierte Leitstellen, die unter der einheitlichen Rufnummer 112 sämtliche Hilfersuchen entgegennehmen und ein breites Spektrum an Versorgungsangeboten disponieren können (Ziffer 2 Buchstabe a). Das entspricht unserem Zielbild der Gesundheitsleitstelle und geht über den Regierungsentwurf hinaus, der bei einer Kooperation zweier getrennter Systeme stehenbleibt.
- Standardisierte Ersteinschätzung als verbindlicher Standard für Leitstellen, Notaufnahmen und Notfallzentren, evidenzbasiert und bundesweit einheitlich angewendet, mit regelmäßiger Evaluation (Ziffer 5). Das deckt sich weitgehend mit unserer Forderung nach einer qualitätsgesicherten Notrufabfrage.
- Bundeseinheitliche Hilfsfristen und einheitliche Algorithmen auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien (Ziffer 1 Buchstabe c). Diese Lücke lässt der Regierungsentwurf offen; wir halten sie für die größte verbleibende.
- Ein Notfallregister als Grundlage für Bedarfsermittlung und Qualitätsbewertung (Ziffer 4 Buchstabe c). Der Regierungsentwurf legt mit § 133d SGB V-E die Grundlage, bleibt aber bei der Auswertbarkeit hinter dem Notwendigen zurück (siehe D.6).
- Bundeseinheitliche heilkundliche Kompetenzen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, unabhängig von der jeweiligen ärztlichen Leitung, sowie eine bundeseinheitliche Regelung der Ausbildung (Ziffer 1 Buchstabe c). Die heute bestehende Abhängigkeit von regionalen Freigaben ist ein realer Missstand.
- Sicherstellung der Barrierefreiheit und von Sprachmittlungsressourcen in der Leitstelle (Ziffer 2 Buchstabe d). Wer nicht verstanden wird, kann nicht richtig eingeschätzt werden.

E.2 Wo wir widersprechen

Übertragung des Sicherstellungsauftrags an die Länder (Ziffer 4 Buchstabe a). Dies ist aus unserer Sicht der entscheidende Fehler des Antrags. Er verlagert die Verantwortung für Leitstellen, Rettungsdienst, Krankentransport, Notaufnahmen, telemedizinische und aufsuchende Versorgung auf die Ebene, auf der die heutige Ungleichheit entstanden ist. Die Erfahrung der vergangenen Jahrzehnte spricht dagegen: Die Unterschiede in Hilfsfristen, Abfragequalität, Ausstattung und Qualitätsmanagement sind kein Zufall, sondern das Ergebnis sechzehn getrennter Regelungsregime. Wer bundesweit gleichwertige Überlebenschancen will, muss die Qualitätsvorgaben bundesrechtlich verankern. Die Organisationshoheit der Länder bleibt davon unberührt. Der Bund regelt, unter welchen Voraussetzungen eine

Leistung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und vergütet wird, nicht wer sie erbringt.

Veto-Möglichkeit der Länder in den Notfallversorgungsausschüssen (Ziffer 4 Buchstabe b).

Ein Vetorecht einer einzelnen Bank verwandelt ein Planungsgremium in ein Blockadeinstrument. Wir haben aus demselben Grund die im Bundesrat vorgeschlagene Zweidrittelmehrheit im Fachgremium medizinische Notfallrettung abgelehnt. Planungsgremien brauchen Entscheidungsfähigkeit.

Selbstkostendeckung als Finanzierungsmodell (Ziffer 3 Buchstabe c). Wir teilen das Anliegen, dass eine bedarfsgerechte Notfallversorgung auskömmlich zu finanzieren ist und dass Fehlanreize zur Generierung stationärer Fälle vermieden werden müssen. Die Verknüpfung mit einem vollständigen Systemwechsel zur Selbstkostendeckung im Krankenhausbereich halten wir jedoch für einen eigenständigen und weit über die Notfallreform hinausreichenden Regelungsgegenstand. Für den hier verhandelten Bereich ist der zielführendere Weg die Anerkennung der tatsächlichen Vorhalte- und Investitionskosten und eine Ausnahme von der Grundlohnbindung (siehe D.8).

Arbeitszeitrechtliche Forderungen (Ziffer 1 Buchstabe d). Die Belastung der Beschäftigten im Rettungsdienst ist real, und Personalbindung ist eine Voraussetzung für Versorgungsqualität. Die konkrete Ausgestaltung des Arbeitszeitrechts liegt außerhalb unseres fachlichen Kernbereichs; wir bewerten diese Forderungen nicht abschließend, weisen aber darauf hin, dass sie in diesem Gesetzgebungsverfahren nicht sachnäher werden, nur weil sie denselben Berufszweig betreffen.

E.3 Gesamteinschätzung

Der Antrag setzt an den richtigen Stellen an und formuliert bei der integrierten Leitstelle, bei einheitlichen Hilfsfristen und bei den Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter Ziele, die über den Regierungsentwurf hinausgehen und die wir teilen. Sein Umsetzungsweg über eine Verlagerung des Sicherstellungsauftrags an die Länder würde jedoch die Fragmentierung verfestigen, die die Reform überwinden soll. Wir empfehlen dem Ausschuss, die inhaltlichen Zielsetzungen des Antrags, insbesondere zu Hilfsfristen und zur einheitlichen Ersteinschätzung, im laufenden Verfahren aufzugreifen, den föderalen Umsetzungsweg jedoch nicht.

F. Zusammenfassende Empfehlungen an den Ausschuss

1. Die Nutzung einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage im Leistungserbringerrecht verbindlich vorschreiben und die Kopplung an die Vergütung des Notfallmanagements ausdrücklich absichern.



2. Eine Legaldefinition der softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage mit fachlichen Mindestanforderungen aufnehmen, einschließlich der Erkennung des Kreislaufstillstands, der telefonischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und eines verpflichtenden Qualitätsmanagements.
3. Die Bildung des Gesundheitsleitsystems als beiderseitige Pflicht mit Frist und Schiedsverfahren ausgestalten statt als Antragsverfahren.
4. Die Abstimmung der Abfragesysteme auf Ergebnisgleichheit umstellen und die einheitliche Ausgestaltung bundesweit festlegen, mit Ersatzbefugnis des Bundesministeriums für Gesundheit bei Fristversäumnis.
5. Bundeseinheitliche Vorgaben zur Notrufannahmezeit für die 112 treffen, mindestens im gleichen Maß, wie sie für die Akutleitstellen bereits vorgesehen sind.
6. Die Rahmenempfehlungen zu Abfragesystemen und telefonischer Anleitung für verbindlich erklären, mit gesetzlicher Frist; die einfache Mehrheit im Fachgremium beibehalten.
7. Einen gesetzlichen Mindestkatalog der Qualitätsdaten festlegen und die Veröffentlichung zusätzlich leistungserbringerbezogen ermöglichen, bei vollem Schutz einzelner Einsätze und betroffener Personen.
8. Die verbindlichen Eintreffzeiten des aufsuchenden Dienstes erhalten und durch bundeseinheitliche Höchstwerte rahmen; eine bundeseinheitliche Definition und Messmethodik der Eintreffzeiten in der medizinischen Notfallrettung festlegen.
9. Vorhalte- und Investitionskosten für die gesetzlich geforderten Strukturen anerkennen und für die Umstellungsphase eine Ausnahme von der Grundlohnbindung vorsehen.
10. Die Zuzahlung nach § 30 Absatz 6 SGB V-E streichen.

Alle genannten Punkte lassen sich innerhalb der Systematik des Entwurfs umsetzen. Sie erfordern weder einen neuen Regelungsansatz noch zusätzliche Gremien; sie machen verbindlich, was der Entwurf bereits angelegt hat. Für die fachliche Ausarbeitung im Einzelnen stehen wir dem Ausschuss und den Berichterstatterinnen und Berichterstattern jederzeit zur Verfügung.

Wir bitten den Ausschuss abschließend um eines: Der vorliegende Entwurf ist die beste Grundlage seit Jahren. Eine Verschiebung des Verfahrens schützt seine Verbindlichkeit nicht, sondern gefährdet sie. Die hier vorgeschlagenen Ergänzungen lassen sich im laufenden Verfahren umsetzen, ohne die Systematik des Entwurfs zu verändern und ohne das Gesetz zustimmungsbedürftig zu machen.

Ich bedanke mich für die Möglichkeit zur Stellungnahme, darf auf unsere Infowebseite www.rettungslandschaft.de mit vielen Erläuterungen hinweisen und stehe bei Fragen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Ing. Christof Constantin Chwojka
Geschäftsführer