21. Wahlperiode

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll
der 54. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit
Berlin, den 9. September 2026, 14:45 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101) und
Zoom-Meeting

Vorsitz: Dr. Tanja Machalet, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einziger Tagesordnungspunkt **Seite 7**

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/6808

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Innenausschuss
Verteidigungsausschuss
Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

Gutachtlich:
Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung und Zukunftsfragen

b) Antrag der Abgeordneten Stella Merendino, Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke

Bedarfsgerechte und krisenfeste Akut- und Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/5822

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Innenausschuss

Mitglieder des Ausschusses

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

Liste der Auskunftspersonen

Öffentliche Anhörung „Reform der Notfallversorgung“
am 9. September 2026, 14:45 Uhr, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, 3 101

Auf Vorschlag aller Fraktionen zur öffentlichen Anhörung eingeladen:

- ADAC Luftrettung
- Aktion Psychisch Kranke (APK)
- Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG) (online)
- Arbeitsgemeinschaft präklinische Notfallmedizin (AGPN)
- ASB Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland (online)
- Bayerisches Rotes Kreuz (BRK)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)
- Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) (online)
- BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung
- Björn Steiger Stiftung
- Bitkom
- BKS – Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Bundesverband der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst Deutschland (ÄLRD)
- Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg) (online)
- Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW)

- Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND)
- Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN) (online)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Rettungsdienst und präklinische Notfallmedizin (DGRN)
- Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (online)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)
- Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD) (online)
- Deutscher Feuerwehrverband (DFV)
- Deutscher Hausärztinnen- und Hausärzteverband
- Deutscher Landkreistag (DLT)
- Deutscher Pflegerat (DPR) (online)
- Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB)
- Deutscher Städtetag
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK)
- DRF Stiftung Luftrettung
- Fachverband Leitstelle
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- GKV-Spitzenverband
- Johanniter-Unfall-Hilfe
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Malteser Hilfsdienst

- Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands
- Mobile Retter
- Sozialverband VdK Deutschland (online)
- ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (online)
- Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)
- Verband der Universitätsklinika (VUD)
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) (online)

Auf Vorschlag einzelner Fraktionen zur öffentlichen Anhörung eingeladen:

- Dr. Michael Bayeff-Filloff (RoMed Kliniken, Kliniken der Stadt und des Landkreises Rosenheim)[1] (online)
- Dr. Matthias Brachmann (Universität Witten-Herdecke)[2]
- Prof. Dr. Dr. Bernd W. Böttiger (Bundesarzt DRK, Universität zu Köln)[3] (online)
- Kimberly Locher (Notfallsanitäterin Berlin)[4]

[1] Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.
[2] Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.
[3] Auf Vorschlag der Fraktion der SPD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.
[4] Auf Vorschlag der Fraktion Die Linke zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.

Beginn der Sitzung: 14:45 Uhr

Einziger Tagesordnungspunkt

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/6808

b) Antrag der Abgeordneten Stella Merendino, Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke

Bedarfsgerechte und krisenfeste Akut- und Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/5822

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Einen wunderschönen guten Tag, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr geehrten Sachverständigen, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, insbesondere unserer neuen Parlamentarische Staatssekretärin, Frau Dr. Schenderlein. Ich begrüße alle zurück hier bei uns im Gesundheitsausschuss. Wir haben heute die öffentliche Anhörung zur Notfallreform vor uns. Die Sitzung ist wie immer ein Mix aus Präsenz- und Online-Meeting. Wir haben keine Abgeordneten mit Rederecht zugeschaltet. Ich darf zunächst die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die uns per Zoom zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihrem Namen anzumelden, sodass die Teilnahme für uns erkennbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst stumm zu schalten.
In der heutigen Anhörung geht es um den Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform der Notfallversorgung auf der Drucksache 21/6808. Dazu hat die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 25 Änderungsanträge auf der Ausschussdrucksache 21(14)101 vorgelegt. Diese wurden in der Sitzung zuvor eingeführt und sind damit auch Gegenstand dieser Anhörung. Außerdem ist der Antrag der Fraktion Die Linke „Bedarfsgerechte und krisenfeste Akut- und Notfallversorgung“ auf der Drucksache 21/5822 Gegenstand der Anhörung.
Sehr verehrte Damen und Herren, Deutschland verfügt grundsätzlich über ein gut ausgebautes System der Notfall- und Akutversorgung. Dazu gehören der vertragsärztliche Notdienst und die Notaufnahmen der Krankenhäuser sowie die Rettungsdienste. Allerdings sind bisher diese Bereiche nicht ausreichend miteinander vernetzt und abgestimmt. Dadurch werden Patientinnen und Patienten teilweise in die falsche Versorgungsebene geleitet. Diese Erfahrungen haben wahrscheinlich viele von uns auch schon gemacht. Aktuell gibt es mit den Rufnummern 116 117 und 112 zwei Anlaufstellen, was ebenfalls zu Fehlsteuerungen führt. Die Folge dieser ineffizienten Patientensteuerung ist eine Überlastung von Notaufnahmen und Rettungsdiensten, da dort auch Fälle behandelt werden, die eigentlich ambulant versorgt werden könnten. Durch die Reform der Notfallversorgungsstrukturen sollen die Akteure insbesondere digital besser vernetzt und die Patientinnen und Patienten gezielter in die passende Versorgungsebene gesteuert werden. Die Folge wäre eine Entlastung vor allem der Notaufnahmen und der Rettungsdienste. Zwei geplante Maßnahmen sind daher die Übernahme der Notfallvermittlung durch Akutleitstellen der KVen und die flächendeckende Einrichtung von integrierten Notfallzentren (INZ) als sektorübergreifende Notfallversorgungsstruktur. Auch der Rettungsdienst soll stärker in das Gesamtsystem eingebunden werden, indem seine medizinischen Leistungen besser in den GKV-Leistungskatalog eingebunden werden. Die Fraktion Die Linke kommt in ihrer Problemanalyse zu ähnlichen Feststellungen wie die Bundesregierung. Sie fordert ebenfalls eine umfassende Reform der Notfallversorgung und legt dazu einen detaillierten Forderungs- bzw. Maßnahmenkatalog vor. Über diesen Gesetzentwurf, den Antrag der Fraktion Die Linke und über die Änderungsanträge der Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wollen wir heute mit Ihnen, sehr geehrte Sachverständige, diskutieren und Ihre Meinung hören.
Bevor wir beginnen, mache ich noch einige Anmerkungen zum Ablauf der Anhörung. Die, die schon öfters dabei waren, kennen das. Es stehen uns heute 90 Minuten zur Verfügung, die auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke in Verbindung mit einer ausschussinternen Verabredung auf mehrere Frageblöcke verteilt werden. Insgesamt entfallen auf die CDU/CSU 30 Minuten, AfD 22 Minuten, SPD 17 Minuten, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 12 Minuten und Die Linke 9 Minuten Fragezeit. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen. Nur

so können viele Fragen gestellt und auch beantwortet werden. Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen und im Internet übertragen. Das Wortprotokoll wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Die aufgerufenen Sachverständigen, die online teilnehmen, 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. Ihr Bild wird dann auch im Parlamentsfernsehen bzw. im Videostream übertragen – das kann möglicherweise auch noch nach Beendigung Ihres Redebeitrages sein. Ich bitte die Sachverständigen entsprechend der Regelung in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beim ersten Aufruf, und auch nur beim ersten Aufruf, etwaige finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand offenzulegen. Das soll unsere öffentlichen Anhörungen für die Abgeordneten, aber auch für die Zuschauerinnen und Zuschauer noch transparenter machen. Ich danke auch den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben. Die sind auf der Ausschussseite im Internet veröffentlicht. Dann noch ein Hinweis an die Gäste auf der Galerie: Beifallsbekundungen und Zwischenrufe sowie die Aufzeichnung der Anhörung mit dem Smartphone oder anderen Geräten sind nicht gestattet. Jetzt haben wir alle Formalien erledigt. Wir können mit der Anhörung beginnen. Die ersten Fragen stellt die Fraktion der CDU/CSU. Kollege Theiss beginnt.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Die erste Frage geht an das Bayerischen Rote Kreuz (BRK). Der Finanzierung der Vorhalte- und Investitionskosten kommt in der medizinischen Notfallrettung eine besondere Bedeutung zu. Bislang findet dieser Aspekt lediglich in der Begründung des Gesetzes Erwähnung. Halten Sie die Nennung an dieser Stelle für ausreichend? Welcher konkrete Umfang von Vorhalte- und Investitionskosten sollte ansatzfähig sein?

Sebastian Lange (Bayerisches Rotes Kreuz (BRK)): Keine Interessenkonflikte. Die Erwähnung der Vorhalte- und Investitionskosten allein in der Gesetzesbegründung reicht unseres Erachtens nicht aus. Sie müssen ausdrücklich im Gesetzestext stehen. Rettungsdienst bedeutet vor allem Vorhaltung, deren Kosten sich aus Sach-, Personal- inklusive Ausbildungskosten für den täglichen Betrieb und, ganz wichtig, auch aus Investitionskosten für Fahrzeuge, Medizintechnik und Rettungswachen bestehen. Diese Vorhaltungen müssen rund um die Uhr verfügbar sein, völlig unabhängig davon, ob in diesem Moment auch ein Einsatz stattfindet. Ohne diese Vorhaltung kann der gesetzliche Leistungsanspruch nicht erfüllt werden. Schiedsstellen entscheiden im Konfliktfall auf Grundlage des Gesetzes. Was dort nicht eindeutig geregelt ist, bleibt rechtlich und wirtschaftlich angreifbar. Ansatzfähig müssen deshalb sämtliche notwendigen Betriebs-, Ausbildungs- und Investitionskosten einer bedarfsgerechten regionalen Vorhaltung sein. Unsere Forderung ist daher eindeutig: Die vollständige Refinanzierung der notwendigen Vorhaltung gehört verbindlich in den Gesetzestext.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Die nächste Frage geht an die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Ist ein rund um die Uhr verfügbarer telemedizinischer und aufsuchender Bereitschaftsdienst der KVen nötig, um eine sichere, jederzeitige Abgabenmöglichkeit von sogenannten Low-Code-Fällen durch den Rettungsdienst zu ermöglichen? Welche Alternativen zu diesem jederzeitigen Angebot sind aus Ihrer Sicht denkbar?

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

Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Keine Interessenkonflikte. Nein, wir glauben nicht, dass das erforderlich und, in Klammern, auch leistbar wäre. Ein rund um die Uhr verfügbarer telemedizinischer und aufsuchender Bereitschaftsdienst ist allein schon durch die Personalressource nicht darstellbar, weil das ja die gleichen Kolleginnen und Kollegen sind, die tagsüber in den Praxen sind. Wir haben mannigfaltige Erfahrungen, regional sehr unterschiedlich, mit verschiedenen Konstruktionen. Die Erfahrungen der KVen zeigen eindeutig, dass es im Regelfall klare Indikationen für den aufsuchenden Dienst gibt. Von 24/7 können wir uns da wirklich entkoppeln. Wir erleben, dass die telemedizinische Beratung in ganz vielen Fällen bereits ausreichend ist. Da haben die KVen unterschiedliche Modelle entwickelt, die sich eigentlich, je nach Region, natürlich unterschiedlich ausgebildet und auch sehr bewährt

haben. Wir dürfen auch nicht vergessen, selbst von den Patienten, die mit dem Rettungswagen in die Notaufnahmen gebracht werden, ist die Hälfte dann wieder per pedes auf dem Weg nach Hause nach der Ersteinschätzung, sodass auch hier eine telemedizinische Ersteinschätzung durchaus helfen kann. Von daher plädieren wir dringend für eine Öffnung im Sinne regionaler Lösungen, wo dann die KV gemessen an den regionalen Notwendigkeiten und auch Kapazitäten diese Überbrückungsleistung erbringen kann, denn eine andere ist es ja nicht. Es soll keine Parallelstruktur zum existierenden Angebot in den Praxen sein. Das Zweite ist, und das möchte ich vielleicht nur noch anmerken, dass es auch für die KVen von der Finanzierungsseite her ein erheblicher Aufwand ist. Wir haben mit massiven Honorareinbußen zu kämpfen, müssen das über die Verwaltungskostenumlagen stemmen. Im Grundsatz muss man sagen, Dinge der Notfallversorgung könnte man durchaus als Daseinsfürsorge bezeichnen. Insofern stellt sich grundsätzlich die Frage, ob das eine Sache ist, die die Ärzte aus ihren Honoraren selbst finanzieren müssen.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Die nächste Frage die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Wie sollte aus Ihrer Sicht das Zusammenspiel von Krankenhaus und Notfallzentrum im INZ ausgestaltet sein? Wie sollte der gemeinsame Tresen personell ausgestattet sein?

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

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Keine Interessenkonflikte. An dieser Stelle sind sich KBV und DKG einig, dass das INZ eine von uns gemeinsam getragene Institution ist, die an dem örtlichen Krankenhaus, das dafür ausgewählt ist, letztlich dann auch vorgesehen sein soll. Ein INZ würde gemeinsam von der jeweiligen KV und dem örtlichen Krankenhaus zu organisieren sein, und zwar gemäß von noch zu entwickelnden Vorgaben für die personelle Ausstattung, für die Sprechstundenzeiten und für den Leistungsumfang. Das soll bundesweit vorgegeben werden. Dann wäre es tatsächlich Aufgabe der Vertragspartner vor Ort, dies zu organisieren und die gesetzlichen Zusagen, die der Gesetzgeber quasi auf diesem Weg den Patientinnen und Patienten gibt, auch zu erfüllen. Wir halten deshalb die im Gesetz vorgesehene komplexe Organisationsstruktur, die zunächst eine Art gemeinsamen Tresen vorsieht, für nicht notwendig, denn das INZ ist als solches faktisch der gemeinsame Tresen, das für die Patientinnen und Patienten die Tür für die ambulante Notfallbehandlung öffnet. Wir würden deshalb dringend vorschlagen, keinen gemeinsamen Tresen vorzuschalten, sondern der KV und dem örtlichen Krankenhaus die Organisation zu überlassen. Wir brauchen keine One-size-fits-all-Lösung. Es reicht, wenn vertraglich zugesichert wird, dass die bundesweit zugesagten Bedingungen auch erfüllt werden.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Die nächste Frage geht die ADAC Luftrettung. Mit der sinkenden Zahl an Krankenhäusern und den damit verbundenen größeren Entfernungen gewinnt die Luftrettung zunehmend an Bedeutung. Welche Maßnahmen wären ergänzend zum Entwurf sinnvoll, um eine bessere Steuerung der Luftrettung und eine bedarfsgerechtere Vorhaltung zu erreichen?

Frédéric Bruder (ADAC Luftrettung): Keine Interessenkonflikte. Ein für uns elementar wichtiges Thema sind tatsächlich einheitliche Standards, vor allem, wenn es darum geht, die Vergütung zu regeln. Deswegen ist es besonders wichtig, dass wir auch in den entsprechenden Fachgremien mitwirken können, um auch dafür Sorge zu tragen, dass später, was bestellt wird, auch bezahlt werden kann. Gleichzeitig ist es wichtig, dass regionale Strukturen bedacht werden und dementsprechend an unterschiedlichen Standorten unterschiedliche Anforderungen gestellt werden müssen. Die Refinanzierung muss sichergestellt werden.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Die nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Der Gesetzentwurf benennt Kriterien, die der erweiterte Landesausschuss bei der Festlegung der INZ-Standorte zu berücksichtigen hat. Halten Sie diese Kriterien für hinreichend bestimmt, um das Ziel einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Verteilung zu erreichen? Wo sehen Sie Konkretisierungsbedarf?

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

Kerstin Bockhorst (GKV-Spitzenverband): Keine Interessenkonflikte. Erst einmal begrüßen wir die flächendeckende Einrichtung von INZ-Standorten und auch, dass im Gesetz dafür klare Auswahlkriterien vorgesehen sind. Allerdings bleibt die Ausgestaltung momentan noch hinter dem Ziel einer bedarfsgerechten Verteilung zurück. Es ist zwingend erforderlich, dass der Bevölkerungsbezug und die Planungsebene bundeseinheitlich konkretisiert werden. Die undefinierte Planungsebene entsteht momentan dadurch, dass jeder Landesausschuss selbst den Bezugsraum festlegt. Dort würden wir uns dafür aussprechen, dass die Kreise und kreisfreien Städte als kleinste Planungsebene bundeseinheitlich festgelegt werden. Zudem würden wir vorschlagen, den Bevölkerungsbezug folgendermaßen zu definieren: Wir würden eine Untergrenze für INZ-Standorte bestimmen wollen. Ein INZ sollte mindestens für ein Gebiet von 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner zuständig sein. Denn kleinere Einheiten machen wirtschaftlich keinen Sinn. Wir würden zudem eine Obergrenze festlegen, dass man 350 000 Einwohnerinnen und Einwohner als Höchstmaß des Versorgungsgebiets für ein INZ festlegen sollte, damit an Standorten mit einer hohen Bevölkerungsdichte auch mehrere Standorte ausgewählt werden können, einzelne Krankenhäuser hier nicht überfordert werden und auch sichergestellt ist, dass im ländlichen Raum ebenfalls Standorte ausgewählt werden. Zudem hätten wir noch die Bitte, dass mit Blick auf die Notfallstufe auf die jeweils gültige Fassung der G-BA-Richtlinie verwiesen wird.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Die nächste Frage richte ich an die Bundesärztekammer (BÄK) und an das Deutschen Roten Kreuz (DRK). Wo sollte aus Ihrer Sicht das Fachgremium medizinische Notfallrettung institutionell angesiedelt sein? Gäbe es zum GKV-Spitzenverband noch Alternativen wie den G-BA oder das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Reinhardt, bitte.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Keine finanziellen Interessenkonflikte. Wir reden hier über ein wichtiges Gremium, das für die Ausgestaltung des Rettungsdienstes eine zentrale Rolle spielen wird. Es geht unter anderem um die Abfrage- und Steuerungssysteme, um den richtigen Einsatz von Tele-Notärzten, um die Aufgabenverteilung zwischen Notärzten und Notfallsanitätern und um Qualitätssicherung. Dies alles spricht für eine möglichst neutrale Ansiedelung des Gremiums, zum Beispiel beim BMG. Wir haben das allerdings in unserer schriftlichen Stellungnahme nicht ausdrücklich gefordert, weil wir uns auch darüber Gedanken gemacht haben, wer beteiligt und wer verantwortlich ist. Es ist dabei sicher anzuerkennen, dass der GKV-Spitzenverband und die Länder die wesentliche Verantwortung für Planung und Finanzierung der Rettungsdienste tragen. Insofern sollten Sie in diesem Gremium jeweils mit 16 stimmberechtigten Mitgliedern vertreten sein. Sie sind immerhin 32 von 41. Das wäre unsere Positionierung. Richtig ist, dass das Gremium, neben den Ländern, durch fachliche Expertise aus den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und den maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbänden ergänzt wird. Daneben muss aus unserer Sicht sichergestellt werden, dass die BÄK strukturell und verbindlich an der Erarbeitung bundesweiter Rahmenvorgaben beteiligt wird. Als Spitzenorganisation der Landesärztekammern und legitimierte berufliche Vertretung von Ärztinnen und Ärzten verfügt die BÄK über die für die Ausgestaltung notfallmedizinischer Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen erforderliche Expertise. Die Ärztekammern sind für die wesentlichen Bereiche der ärztlichen Berufsausübung verantwortlich. Hierzu gehört insbesondere die Weiterbildung, die Fortbildung, die Qualitätssicherung sowie die Sicherstellung einheitlicher fachlicher Standards. Fragen ärztlicher Qualifikationen, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten fallen daher originär in den Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung. Vor diesem Hintergrund sind die BÄK und die Landesärztekammern bei der Entwicklung von Qualitäts- und Qualifikationsstandards sowie medizinischen Rahmenvorgaben im Rettungsdienst regelhaft einzubeziehen. Dies gilt insbesondere für die Festlegung ärztlicher Aufgabenprofile und für die Definition von Notarztindikationen sowie die Gestaltung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsfragen.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Augustin, bitte.

Robert Augustin (Deutsches Rotes Kreuz (DRK)): Keine Interessenkonflikte. Aus unserer Sicht ist es wichtig, zum einen für das Fachgremium medizinische Notfallversorgung als auch für die Datenstelle zur Sammlung dieser entsprechenden Daten aus dem Bereich Rettungsdienst eine bundesweite neutrale Stelle zu beauftragen. Wir begrüßen es grundsätzlich, dass wir hier eine Datengrundlage und ein Gremium schaffen, das sich mit der Thematik intensiv beschäftigt. Wir sehen aber die Ansiedelung beim GKV-Spitzenverband als strukturelle Interessenkollision. Wenn Gremium und Geschäftsstelle bei derjenigen Institution angesiedelt sind, deren Mitglieder zugleich Entgeltverhandlungen führen, fehlt aus unserer Sicht die notwendige institutionelle Distanz. Daher empfehlen wir, die Rahmenempfehlung schließlich in diese Verhandlungen mit einzubringen. In Baden-Württemberg zum Beispiel gibt es die Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg [SQR-BW], wo Daten gesammelt werden …

Die **Vorsitzende**: Ich muss Sie jetzt leider unterbrechen. Die Zeit ist schon etwas drüber. Jetzt fragt Herr Bloch für die AfD-Fraktion.

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): Meine erste Frage geht an die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands. Halten Sie es medizinisch für sachgerecht, dass ein Hilfesuchender in einer unklaren akuten Lage zunächst selbst entscheiden soll, ob es sein Anliegen über die 112 oder über die 116 117 einzusteuern ist? Wäre eine ärztlich verantwortete Ersteinschätzung unmittelbar beim ersten Anruf nicht patientensicherer?

Dr. Carsten Lott (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND)): Keine Interessenkonflikte. Eine strukturierte Ersteinschätzung - ich glaube, das ist eine Meinung, die wir alle hier teilen - ist erforderlich, um Patienten in die richtigen Bahnen steuern zu können. Sie muss aus unserer Sicht nicht zwingend ärztlich vorgenommen werden. Wir erarbeiten gerade auf verschiedenen Ebenen die Grundlage für eine Struktur, mit der wir erfassen können, ob ein Patient in ein ambulantes Versorgungssystem gehört oder ob ein Patient primär rettungsdienstlich betreut werden muss. Wir arbeiten auch daran, das digital zusammenzuführen, um zu verhindern, dass Patienten dann Irrwege über verschiedene Einrichtungen laufen müssen, bis sie dem richtigen Versorgungssystem zugewiesen werden können. Das im Gesetzentwurf beschriebene Gesundheitsleitsystem wird da sicherlich eine wichtige Rolle spielen.

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): Eine Nachfrage: Welche Fallgruppen eignen sich besonders für eine videounterstützte ärztliche Ersteinschätzung, etwa bei unklarer Atemnot, Sturzereignissen, fiebernden Kindern oder psychiatrischen Krisen?

Dr. Carsten Lott (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND)): Ich denke, das kann man so pauschal nicht wirklich darstellen und beantworten. Wir haben in unserem Abfrageschema primär vorgesehen, die Vitalparameter von Patienten, also die wichtigen Lebensfunktionen von Patienten zu beurteilen und daraus abzuleiten, ob hier akute Lebensgefahr besteht. Das wäre für mich die Indikation, den Rettungsdienst mit in die Versorgung einzubeziehen, oder ob der Patient sich von seinen Lebenszeichen her in einem Zustand befindet, in dem eine verzögerte oder eine ambulante Versorgung durchgeführt werden kann. Das werden Sie in allen Fallgruppen, die Sie gerade dargestellt haben, finden. Also unsere Orientierung geht eher in die Richtung: Wie ist der Akutzustand des Patienten - ist er lebensbedroht oder kann ich ihn mit einer aufgeschobenen Dringlichkeit behandeln?

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): Noch eine Nachfrage: Welche Mindestqualifikation und welche rechtliche Absicherung brauchen Disponenten und konsultierte Ärzte, um einen Fall rechtssicher an den Bereitschaftsdienst, eine Notdienstpraxis oder andere Hilfe zu vermitteln?

Dr. Carsten Lott (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND)): Aktuell haben wir länderspezifische Regelungen für diese Mindestqualifikationen. Das heißt, in den Rettungsdienstgesetzen der Länder wird diese Qualifikation definiert. Es gibt standardisierte, das hat der Herr Reinhardt eben auch schon dargestellt, Ausbildungsvorgaben für den notärztlichen

Bereich. Wir haben strukturierte, standardisierte Vorgaben für die Ausbildung unserer Leitstellendisponenten. Wenn die mit einer entsprechenden Prüfung abgeschlossen sind oder wenn sie dem entsprechen, was in den Landesrettungsdienstgesetzen vorgegeben ist, dann ist für uns eine ausreichende Rechtssicherheit gegeben.

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): Meine nächste Frage geht an Deutsche Gesellschaft für Rettungsdienst und präklinische Notfallmedizin. Welche Rolle spielt eine vorangehende ärztliche Ersteinschätzung für die Entscheidung, ob überhaupt ein Rettungsmittel entsandt werden muss?

Die **Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Kill, bitte.

Prof. Dr. Clemens Kill (Deutsche Gesellschaft für Rettungsdienst und präklinische Notfallmedizin (DGRN)): Keine Interessenkonflikte. Zunächst einmal ist von einem Kollegen schon erwähnt worden, dass der Begriff ärztliche Ersteinschätzung überhaupt nicht regulär so definiert ist und stattfindet. Wir müssen von einer standardisierten Ersteinschätzung durch ein geeignetes System sprechen und nicht von einer ärztlichen Primärberatung in der gesamten Systemkonstellation. Damit wird die Indikation für eine ärztliche Intervention erst gestellt. Das heißt, der Begriff ärztliche Ersteinschätzung ist in sich widersinnig und damit ist die Frage eigentlich auch nicht sinnhaft zu beantworten.

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): Folgefrage: In welchen typischen Einsatzlagen könnten Notfallsanitäter oder Notärzte Patienten nach einer qualifizierten Versorgung vor Ort sicher in andere Versorgungswege statt in ein Krankenhaus überführen?

Prof. Dr. Clemens Kill (Deutsche Gesellschaft für Rettungsdienst und präklinische Notfallmedizin (DGRN)): Auch das betrifft relativ viele Einsatzlagen. Denn bei der derzeitigen Nutzungsfrequenz des Rettungsdienstes gibt es durch Verfügbarkeiten oder Nichtverfügbarkeiten anderer Strukturen häufig auch Einsatzsituationen, wo Fälle, die ganz klar dem ambulanten Versorgungssystem zuzuordnen sind, trotzdem eine Rettungsmittelantwort bekommen und natürlich dann vor Ort mit entsprechenden Algorithmen, egal ob ärztlich oder nichtärztlich oder tele-notärztlich gestützt, diese Patienten umalloziiert werden können. Das betrifft über den Daumen geschätzt eine zweistellige Prozentzahl, bei der das risikofrei möglich wäre.

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): Meine nächste Frage geht an die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin. Der Regierungsentwurf sieht für Menschen, die selbstständig ein INZ aufsuchen, eine zentrale Ersteinschätzungsstelle vor. Ist diese Struktur geeignet, Fehlsteuerungen zu verhindern, die bereits dadurch entstanden sind, dass Patienten zuvor eigenständig die Notaufnahme oder das Krankenhaus ausgewählt haben?

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

Martin Pin (Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin DGINA): Keine Interessenkonflikte. Ja, diese Struktur ist durchaus geeignet. Der entscheidende Punkt ist jedoch, dass die Patienten zuvor über die geeigneten Steuerungsmechanismen in die richtige Struktur gelenkt werden. Wenn sie schon einmal im Krankenhaus angekommen sind, dann macht es natürlich Sinn, wenn sie in einem INZ sind, dass sie in die richtige Versorgungsebene, also sprich den kassenärztlichen Bereich oder den Krankenhausbereich, weitergeleitet werden.

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): Die nächste Frage geht an die KBV. Der Regierungsentwurf stärkt die Akutleitstellen 116 117 und rechnet dafür mit einem 24/7-Beratungsärztebedarf und einer Personalaufstockung an den Telefonen. Weshalb wird dieses ärztliche Potenzial nicht in eine gemeinsame medizinische Ersteinschätzung beim einheitlichen Zugang 112 integriert, damit der Patient die richtige Rufnummer nicht mehr kennen muss?

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

Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Im Grundsatz würde ich mir das schon so vorstellen, dass wir keine Doppelstruktur etablieren, sondern dass diese beiden existierenden

Nummern - die 112 ist bekannt, aber die 116 117 ist mittlerweile auch durchaus mit einer hohen Kenntnis in der Bevölkerung versehen – komplementär arbeiten. Die Algorithmen werden die gleichen sein. Dass wir dann über eine digitale Verlinkung umschalten, wenn wir meinen, es ist eher etwas für den Rettungsdienst, da muss ein Wagen ausfahren, oder es ist jemand, den wir eher in die Praxis schicken, das gilt vice versa. Damit haben wir eigentlich eine Abdeckung von beiden Flanken. Jetzt eine einheitliche Nummer zu etablieren oder alle auf die 112 zu switchen, glaube ich, wird wahrscheinlich länger dauern, als mit modernen digitalen Instrumenten eine komplementäre Vernetzung dieser beiden Nummern herbeizuführen. Es ist nicht absolut mit einem Personalaufwuchs zu rechnen, wenn die beiden Systeme wirklich vernünftig verlinkt werden.

Die **Vorsitzende**: Jetzt ist die SPD-Fraktion an der Reihe. Ich darf die Fragen als zuständige Berichterstatterin stellen. Meine erste Frage geht an die DKG. Wie sollten aus Ihrer Sicht die Situation geregelt werden, in der ein Patient oder eine Patientin quasi als selbst deklarierter ambulanter Notfall die Notaufnahme eines Nicht-INZ-Krankenhauses aufsucht? Sollte es eine direkte Abweisung dieser Patientinnen und Patienten geben oder sehen Sie hier die Notwendigkeit, andere Regelungen zu treffen?

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Wir halten es für nicht möglich, dass ein Krankenhaus, das von einem Hilfesuchenden unmittelbar aufgesucht wird, eine echte Abweisung aussprechen kann, ohne dass eine Einschätzung des medizinischen Zustandes des Patienten erfolgt und im Zweifelsfall, wenn es erforderlich ist, auch eine Hilfeleistung des entsprechenden Krankenhauses eingesetzt wird. Natürlich ist es nicht wünschenswert und es soll ja durch die neue Struktur dafür gesorgt werden, dass die Patientensteuerung besser funktioniert, dass sehr attraktive Angebote geschaffen werden, um die Zahl derjenigen, die sich dieser Steuerung verweigern und vielleicht bewusst oder unbewusst ein Krankenhaus, eine Notaufnahme aufsuchen, die nicht zu den INZ-Strukturen gehört, zu reduzieren. Aber wir brauchen im Grundsatz die Möglichkeit, auch in einem solchen Fall Hilfe leisten zu können, eine Ersteinschätzung vorzunehmen, gegebenenfalls natürlich auch weiter zu verweisen und dass dieses Krankenhaus zumindest die minimalen Aufwendungen, die erforderlich sind zur Hilfeleistung, auch abrechnen kann. Als weitergehende Überlegung wäre denkbar, dass in solchem Fall eine Form von Eigenbeteiligung eingeführt wird, um die Strukturen, die ansonsten vorgesehen sind, regelhaft gut funktionieren auch zu unterstützen.

Die **Vorsitzende**: Die nächste Frage an die DKG geht in eine ähnliche Richtung. Im INZ können die Patientinnen und Patienten, die sich selbst als Notfall einstufen, die Ersteinschätzung vor Ort durchlaufen. Aber was passiert danach mit ihnen? Wie kann sichergestellt werden, dass sie mit einem festen Termin beim Fach- oder Hausarzt in einem angemessenen Zeitraum nach Hause gehen? Wie können vor allem auch die Daten, die erfasst werden, mitübermittelt werden?

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Idealerweise sollte der Prozess vor dem Aufsuchen der Notaufnahme beginnen. Das heißt, der Patient sollte über die Leitstelle eingeschätzt werden. Dort könnte schon in einer ersten Ebene bei entsprechender Einschätzung eine Terminvergabe erfolgen. Führt die Einschätzung dazu, dass der Patient in ein INZ verwiesen wird und dort festgestellt wird, dass eine Weiterbehandlung in einer niedergelassenen Praxis erforderlich, notwendig und angemessen ist, dann sollte natürlich die Möglichkeit existieren, diesem Patienten dann an dieser Stelle, nicht unbedingt über das INZ selbst, aber doch in einer Vernetzung zur Leitstelle, einen verlässlichen Termin zu vermitteln, um zu vermeiden, dass die Patientinnen und Patienten aus dem INZ herausgehen, ohne eine verlässliche Weiterversorgung zu bekommen. Das müsste machbar sein. Wir sehen die Notwendigkeit, die Datenübergabe für diesen gesamten Prozess zu gewährleisten - von der Leitstelle zum INZ und auch wieder zurück. Das wird in einem ersten Schritt sicher nicht über die Patientenakte (ePA) möglich sein. Die ePA ist dafür noch nicht ausreichend etabliert. Im Übrigen gilt sie auch nicht für alle Patientinnen und Patienten. Zum Teil können Patienten sich auch weigern, die ePA anzunehmen. Insofern brauchen wir eine separate, aber strukturierte Datenübertragung, die zwischen diesen Institutionen funktionieren muss.

Die **Vorsitzende**: Dann hätte ich noch eine Frage an die BÄK und an den Deutschen Hausärztinnen- und Hausärzteverband. Der Gesetzentwurf sieht ein eingeschränktes Dispensierrecht in Notdienstpraxen vor, wenn die Behandlung außerhalb der üblichen Öffnungszeiten von Apotheken erfolgt. Wie bewerten Sie die Regelung und sehen Sie weiteren Regelungsbedarf?

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir halten diese Regelung für ausgesprochen sinnvoll und interessant. Es kann für Patientinnen und Patienten belastend sein, mit einer akuten Erkrankung nach einer Notfallbehandlung in einem INZ anschließend an ein anderes Ende des Ortes zu müssen, um dort mit den verordneten Medikamenten versorgt zu werden. Gerade in ländlichen Gebieten sind das unter Umständen große Distanzen, die zum Teil überwunden werden müssen. Insofern finden wir diesen Vorschlag sinnvoll. Wir würden allerdings nicht nur auf die Behandlung im INZ, sondern auch auf den aufsuchenden Notdienst [ausweiten]; hier ist es fast noch wesentlicher, weil kranke Patienten zu Hause aufgesucht werden müssen und sich in einem Krankheitszustand befinden, in dem es ihnen unter Umständen persönlich unmöglich ist, sich anschließend mit Medikamenten in der Apotheke zu versorgen. Sie sind dann vielleicht angewiesen auf fremde Hilfe, aber das ist auch nicht immer möglich. Insofern sind das beides Situationen, in denen ein eingeschränktes Dispensierrecht sehr sinnvoll wäre.

Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth (Deutscher Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Keine finanziellen Interessenkonflikte. Wir begrüßen die vorgesehene Möglichkeit, Patientinnen und Patienten in sogenannten Notdienstpraxen unmittelbar mit den notwendigen Arzneimitteln versorgen zu können, wenn keine Apotheke erreichbar ist. Gerade bei akut erkrankten Patientinnen und Patienten kann es für die Patientensicherheit entscheidend sein, dass eine dringend notwendige Arzneimitteltherapie unmittelbar begonnen werden kann und nicht daran scheitert, dass beispielsweise keine Apotheke erreichbar ist. Aus unserer Sicht sollte deshalb sogar geprüft werden, diese Möglichkeit auch auf den fahrenden Notdienst zu übertragen. Denn was für Akutpatientinnen und -patienten gilt, gilt doch umso mehr für immobile, hochbetagte und anderweitig besonders vulnerable Patientengruppen. Ein Beispiel aus der Praxis: Wenn ich zum Beispiel in der Nacht zu einer 90-jährigen immobilen Patientin mit einer Lungenentzündung als Hausärztin rausfahre, dann ist es schwer vermittelbar, warum Ärztinnen und Ärzte vor Ort keine begrenzte Überbrückungsmenge an Medikamenten zur Verfügung steht, die abgegeben werden darf. Die Schwachen würden damit faktisch schlechter gestellt als solche Patienten, die noch eine Notdienstpraxis erreichen können. Ein begrenztes Dispensierrecht für solche Situationen würde in der Tat Versorgungslücken vermeiden und die Patientensicherheit erhöhen, ohne dass das grundsätzliche Prinzip der Arzneimittelversorgung über die Apotheken infrage gestellt wird.

Die **Vorsitzende**: Und noch ganz schnell an Herrn Prof. Dr. Dr. Böttiger die Frage zur Stärkung der Erste-Hilfe-Kompetenz: Was ist für Sie im Prinzip das Wichtigste? Denn das ist ja die Voraussetzung dafür, dass Menschen im Notfall helfen können.

Prof. Dr. Dr. Bernd W. Böttiger (Bundesarzt DRK, Universität zu Köln): Ich habe keine Interessenkonflikte. Der plötzliche Herz-Kreislauf-Stillstand ist die häufigste Todesursache außerhalb eines Krankenhauses. Wir brauchen hier einen Game-Changer auch in Deutschland. Die Chinesen und andere Länder sind da viel weiter. Wir müssen Schülerinnen und Schüler in Wiederbelebung ausbilden. Wir brauchen flächendeckend Ersthelfer-Systeme. Die haben wir bisher nur in rund 50 Prozent der Landkreise und kreisfreien Städte. Die ersten drei bis fünf Minuten sind entscheidend. Da können Rettungsdienst und ärztlicher Notfalldienst nichts machen. Wir brauchen Gesetzesinitiativen, um die Laienkompetenz und Ersthelfende zu stärken.

Die **Vorsitzende**: Danke. Damit wäre jetzt BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an der Reihe. Bitteschön.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne Dr. Brachmann fragen wollen. Sie haben sich als Gesundheitsökonom intensiv mit Notaufnahmen und Krankenhausfinanzierung beschäftigt. Mit dem Krankenhausanpassungsgesetz hat die Regierung die Leistungsgruppe Notfallmedizin abgeschafft. Dadurch ist aktuell keine

Vorhaltefinanzierung für die Notaufnahmen vorgesehen oder wird es nicht geben. Einen Fachabteilungsschlüssel für Notaufnahmen gibt es auch weiterhin nicht. Die Finanzierung der Notfallversorgung in den Krankenhäusern ist seit Jahren defizitär. Immer weniger Personal versorgt deshalb eine immer größer wachsende Zahl an Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen. Wir schlagen als Fraktion deshalb in unserem Änderungsantrag 25 vor, dass wenigstens die ärztlichen Personalvorgaben des G-BA, die grundsätzlich unter Wirtschaftlichkeitskriterien zustande kommen, entsprechend durch angehobene Zuschläge für die G-BA-Notfallstufen refinanziert werden sollen. Ist das aus Ihrer Sicht notwendig und sachgerecht?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Brachmann, bitte.

Dr. Matthias Brachmann (Universität Witten-Herdecke): Keine finanziellen Interessenkonflikte. Ja, ich halte das für notwendig und sachgerecht und sage auch warum. Die Notfallversorgung ist in den Krankenhäusern schon jetzt stark defizitär. Der G-BA hat neue, zusätzliche Personalvorgaben für die Notaufnahmen beschlossen, die keine Gegenfinanzierung haben. Eine rein fallbasierte Vergütung, wie sie sich jetzt darstellt, wird der Daseinsvorsorge der Notfallversorgung in den Krankenhäusern, das haben wir heute schon öfter gehört, nicht gerecht. Daseinsvorsorge in den Notaufnahmen wird international meistens über eine Mischung aus Fallvergütung und Vorhaltevergütung finanziert – so in Australien, Frankreich und auch in der Schweiz. Insofern finde ich den Antrag 25 als Beitrag zur Vorhaltefinanzierung notwendig und sachgerecht.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage weiter: Wenn Patienten aktuell nach einer Erstversorgung durch einen niedergelassenen Arzt in eine Notaufnahme eingewiesen werden, kann das Krankenhaus das in der Regel als vorstationäre Behandlung mit rund 150 Euro abrechnen. Wenn Patienten durch den Rettungsdienst erstversorgt werden und in eine Klinik transportiert werden, kann das Krankenhaus nur 50 Euro für die ambulante Versorgung abrechnen oder den Patienten eben stationär aufnehmen. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass Personen nach einer Versorgung durch einen niedergelassenen Arzt kränker sind als Personen, die mit dem Rettungsdienst in eine Notaufnahme kommen. Die Unterscheidung ist also weder medizinisch noch rechtlich aus unserer Sicht sinnvoll. Bei einer kurzstationären Aufnahme, die rund 1 000 bis 3 500 Euro kostet, führt es also zum Anreiz, unglaubliche Mehrausgaben zu produzieren. Wir haben deswegen im Änderungsantrag 11 einen Vorschlag formuliert, wie unseres Erachtens Milliarden Euro eingespart werden können, wenn man diesen Anreiz zwischen EBM-Vergütung und kurzstationärem Aufenthalt reduziert und letztlich Rettungsdienstpatienten auch als vorstationärer Fall abrechnungsfähig macht. Halten Sie das für sachgerecht und notwendig?

Dr. Matthias Brachmann (Universität Witten-Herdecke): Das ist ein interessanter Punkt. Ja, ich halte auch das für sachgerecht und notwendig. Ich möchte niemandem etwas unterstellen in den Krankenhäusern, aber die Diskrepanz zwischen 50 Euro und 1 000 Euro Erlös je nach Fallführung, ambulant oder stationär, ist tatsächlich enorm. Es gibt also ökonomisch schon einen deutlichen Anreiz, Patienten stationär aufzunehmen. Wir sehen das auch im internationalen Vergleich. Wir haben die höchste Fallzahl von stationären Notfällen in Deutschland sowie auch die höchste Aufnahmequote in den Notaufnahmen. Mit einer verbesserten ambulanten Finanzierung können wir diesen Anreiz auf jeden Fall stark reduzieren. Die zusätzliche Vergütung wird durch die eingesparten Aufnahmen locker kompensiert. Eine verhinderte stationäre Aufnahme kann gut 10 bis 20 Zusatzabrechnungen vorstationär gegenfinanzieren. Dieses Einsparpotenzial entdecke ich im vorliegenden Gesetzentwurf nicht.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich stelle die folgende Frage an mehrere Verbände, wenn die Zeit es noch erlaubt. Der GKV-Spitzenverband hat eben in seiner Ausführung darauf hingewiesen, dass es stärker bundeseinheitliche Kriterien für die Einrichtung von INZ und gegebenenfalls, das war implizit zu hören, auch für KiNZ [Kinderspezifisches Notfallzentrum] braucht. Im Änderungsantrag 10 schlagen wir vor, dass der G-BA solche Kriterien festlegen soll. Mit der Bitte um eine Ja-Nein-Antwort - die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin bitte: Halten Sie das für richtig?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Rodeck, bitte.

Dr. Burkhard Rodeck (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)): Keine Interessenkonflikte. Eindeutiges Ja. Ohne bundeseinheitliche Kriterien entscheiden 16 erweiterte Landesausschüsse nach eigenem Ermessen, was zu einem Flickenteppich unterschiedlicher Standorte und Ausstattungsstandards führt. Das gilt für die Kindernotfallversorgung in besonderem Maße. Diese Einschätzung teilen auch der GKV-Spitzenverband in weiten Teilen und auch der G-BA.

Die **Vorsitzende**: Danke für die Punktlandung. Damit wäre Die Linke an der Reihe. Bitte.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke): Meine erste Frage richtet sich an Frau Locher. Sie sind Notfallsanitäterin in Berlin und kennen den Alltag im Rettungsdienst als einzige in diesem Raum aus der Praxis so richtig, würde ich fast schon sagen. Mich interessieren Ihre Einschätzungen zum Thema Belastung. Wie hoch ist das Belastungslevel von Rettungskräften und welche strukturellen Ursachen sehen Sie für die Überlastung der Rettungsdienste insgesamt? Was müsste eine Notfallreform leisten, damit sich daran etwas ändert und ihr in der Praxis wirklich einen Mehrwert spürt?

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

Kimberly Locher (Notfallsanitäterin Berlin): Ich würde Sie alle gerne einfach mal mitnehmen auf eine typische Schicht. Wir fangen generell schon mit einem unbesetzten Fahrzeug an. Die restlichen Fahrzeuge übernehmen dann die Einsätze von den anderen zusätzlich. Oft rollen wir durch, egal ob Tagdienst oder Nachtdienst. In unseren 12-Stunden-Diensten sehen wir teilweise die Wache erst am Ende des Dienstes. Dass wir dann noch Überstunden machen, ist auch die Norm. Geregelte Pausen gibt es bei uns faktisch gar nicht. Dazu kommt: Wir arbeiten eine 48-Stunden-Woche und müssen oft als Vertretung an freien Tagen einspringen. Ein Teil dieser Zeit wird als Bereitschaftszeit gezählt, die nicht voll vergütet wird. Bei den Einsätzen werden wir häufig zu Menschen gerufen, die akute Probleme haben, aber nicht lebensgefährlich krank sind. Das heißt, zu Menschen, die keinen Hausarzttermin bekommen, Menschen in psychischen Notlagen, ältere Menschen mit Pflegebedarf. Das passiert, weil andere Systeme lückenhaft sind. Der Rettungsdienst ist die Anlaufstelle für alle, die nirgendwo anders Hilfe bekommen. Am Ende rufen sie die 112, weil wir rund um die Uhr verfügbar sind und immer kommen. Wir fangen zusammen mit den Notaufnahmen die Defizite des ganzen Systems auf. Wenn diese Patientinnen und Patienten woanders versorgt werden sollen, müssen dort erst die Kapazitäten aufgebaut werden. Aktuell sorgen die KVen und die 116 117 eben nicht dafür, dass Akutfälle, die keine Notfälle sind, in angemessener Zeit versorgt werden. Ohne übergeordnete Planung und ohne verlässliche ambulante Angebote landen all diese hilfesuchenden Personen auch in der Zukunft bei uns. Diese Dauerbelastung hat Folgen. Kollegen verlassen den Rettungsdienst im Schnitt nach etwa sechs Jahren. Mit jeder, der geht, steigt die Belastung für alle anderen, die bleiben. Das ist nicht nur ein Problem für uns, sondern auch für die Patientinnen und Patienten. Unbesetzte Fahrzeuge bedeuten längere Hilfsfristen. Teams, die stundenlang ohne Pause mit Überstunden im Einsatz sind, werden unkonzentriert. Kein noch so gutes Team kompensiert dauerhaft eine strukturelle Lücke. Es braucht verbindliche Vorgaben: eine bedarfsgerechte Personalbemessung, durchsetzbare Pausen- und Arbeitszeitregelungen und verlässliche ambulante Versorgungsangebote. An dieser Stelle kommt die Reform, die viele gute Punkte hat, dennoch zu kurz.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke): Meine zweite Frage richtet sich an den Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD). Können Sie uns aus Ihrer Erfahrung schildern, wie die Sicherstellung der ambulanten notdienstlichen Versorgung durch die KVen aktuell läuft? Denken Sie, dass die im Gesetz vorgeschlagenen Maßnahmen zu einer Verbesserung führen werden, insbesondere in Bezug auf die Entlastung des Rettungsdienstes?

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

Frank Flake (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD)): Keine Interessenkonflikte. Im Moment sehen wir keine einheitlichen Lösungen,

einen absoluten Flickenteppich und eine hohe Belastung wegen der Fehlsteuerung durch die ambulanten Strukturen. Wir glauben, dass das Gesetz an vielen Punkten einfach zu unverbindlich ist. Deswegen ist es auch eher fraglich, ob hier auf Dauer wirklich Abhilfe geschaffen wird. Es gibt einzelne Projekte, die in diese Richtung gehen, wo man versucht, das Problem und Dilemma zu lösen, aber von bundesweiten Lösungen sind wir weit entfernt. Wir müssten dazu aus meiner Sicht Qualitätskriterien schaffen, wie zum Beispiel verbindliche Reaktionszeiten. Was wichtig ist aus unserer Sicht, das zeigt das Projekt KVN.akut in Niedersachsen, wäre die bundesweite Einführung der Telemedizin als Erstkontakt bei Akutfällen. Das wäre wesentlich für unseren Bereich.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke): Ich frage Sie weiter. In unserem Antrag für eine bedarfsgerechte und krisenfeste Notfallreform ist ein wichtiger Punkt die Einführung bundeseinheitlicher Standards für den Rettungsdienst, insbesondere zur Versorgungsqualität, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Sicherstellung, dass Rettungsfachkräfte ihre Kompetenzen auch wirklich ausüben können. Können Sie ein paar Worte dazu sagen, was aus Ihrer Sicht in Bezug auf die Wertschätzung der fachlichen Kompetenz von Notfallsanitäterinnen und -sanitäter an einheitlichen Standards wichtig wäre?

Frank Flake (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD)): In Deutschland haben wir im Moment alles, von Innovation bis Regeneration, was es aus unserer Sicht in einem modernen Rettungsdienst und zwölf Jahre nach Einführung des Notfallsanitäters nicht geben darf. Wir haben schon einen Mindeststandard, der gemeinsam mit den Ärztlichen Leitungen festgelegt ist, nämlich den Pyramidenprozess. Dieser muss nur bundesweit ausgerollt und entsprechend angewendet werden. Wir sehen, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter den Beruf verlassen, weil sie ihren Job nicht in der Möglichkeit ausüben dürfen, wie sie es sich vorgestellt haben. …

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Ich muss Sie leider unterbrechen. Wir sind schon deutlich über die zur Verfügung stehende Zeit. Wir kämen jetzt in den zweiten Block. Das ist die sogenannte Kurzrunde mit jeweils vier Minuten. Es beginnt die Fraktion der CDU/CSU, Herr Professor Theiss, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Ich gebe dem DRK noch die Gelegenheit, zum Fachgremium medizinische Notfallrettung abzuschließen.

Robert Augustin (Deutsches Rotes Kreuz (DRK)): Es ging vorhin um das Fachgremium. Ich hatte dargestellt, dass wir es sehr wichtig finden, hier eine neutrale Beauftragung zu vergeben, weil wir in der aktuellen Version eine strukturelle Interessenkollision beim GKV-Spitzenverband sehen. Wir sind der Meinung, das Ganze sollte beim BMG angesiedelt sein. Das kann es wiederum sehr gerne an eine neutrale Organisation vergeben. Wir sind auch der Meinung, dass die Zusammensetzung die Realität des Rettungsdienstes in Deutschland entsprechend repräsentieren muss. 16 Länder und 16 Bundesvertreter sind sicherlich in Ordnung, aber wir sehen dringenden Bedarf, 8 Vertreter der wirklich Durchführenden im Rettungsdienst dabei zu haben und gerne weitere Vertreter der Beratungsgesellschaften und der Fachgesellschaften, die hier beratend mit dabei sind, sodass wir wirklich alle Stakeholder im System haben und das Ganze mit der entsprechenden Neutralität begleiten können.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Die nächste Frage geht an Herrn Dr. Bayeff-Filloff. Wie kann die Patientensicherheit angesichts überlasteter Notaufnahmen und einer stark steigenden Zahl von Rettungsdiensteinsätzen mit geringer Dringlichkeit durch eine gezielte Patientensteuerung, etwa nach dem Rosenheimer Modell, gewährleistet werden, ohne das Ziel einer Kostensenkung aus den Augen zu verlieren?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Bayeff-Filloff, bitte.

Dr. Michael Bayeff-Filloff (RoMed Kliniken, Kliniken der Stadt und des Landkreises Rosenheim): Keine Interessenkonflikte. Die Notfallreform sollte auf bereits vor Ort erprobte Strukturen und insbesondere der Kombination von bewährten Ersteinschätzungssystemen in der Klinik und im Vertragsarztbereich vertrauen. Neue verbindende Ersteinschätzungssysteme sind zwar im Aufbau, ihre nach

dem Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz gesicherte Einführung würde aber schlichtweg zu lange dauern. Das Rosenheimer Modell - und im Übrigen gleiches Vorgehen in anderen Kliniken - zeigt, dass Patientinnen und Patienten, die sich selbst in einer Notaufnahme vorstellen, so sicher in kooperierende Vertragsarztpraxen weitergeleitet werden können. Das Gleiche haben wir auch im Rettungsdienst vollzogen, wenn sogenannte Low-Code-Einsätze direkt in eine Praxis gefahren werden. Diese Kooperationspraxen werden essenziell sein, da aus unserer Sicht die geplanten INZ tagsüber wohl kaum flächendeckend mit Vertragsärzten besetzt werden können. Ein Einsatzfahrzeug des Rettungsdienstes ohne Transportmöglichkeit, in Bayern das Rettungseinsatzfahrzeug, kurz REF, ist ein Game-Changer. Nicht jeder Notruf erfordert einen Transport in die Klinik. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sollten geeignete Fälle vor Ort abschließend versorgen und gezielt in eine ambulante Struktur steuern können. Daher gibt es bundesweit Projekte für vergleichbare Einsatzmittel. Ein landesweiter Roll-Out scheitert aber bislang an der fehlenden Möglichkeit, die Finanzierung für eine Versorgung ohne Transport zu regeln. Das Erfordernis, eine Anpassung der Rechtslage auf Bundesebene vorzunehmen, bremst hier bereits wohlgemerkt eingeleitete Innovationen. Wir müssen auch mehr selbstständige, nichtärztliche Kompetenz in die Patientenversorgung einbringen, inklusive der Überarbeitung des Notfallsanitätergesetzes. Eine wirksame Patientensteuerung setzt auch die Mitwirkung der Patientinnen und Patienten und vor allem verbindliche Steuerungswege voraus. Aus bisherigen Erfahrungen sehen wir, dass Patientinnen und Patienten trotz eines gesicherten Arzttermins teilweise auf eine Versorgung in der Notaufnahme dann bestehen. Das fehlende Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung ist im Übrigen die größte Hürde der Notfallreform. Zusammenfassend: Die Wirtschaftlichkeit darf nicht mit einer Schwächung der Vorhaltung verwechselt werden. Die Notfallreform wird zur geforderten und im Gesetzentwurf dargestellten Wirtschaftlichkeit Jahre benötigen. Die dafür erforderliche Vernetzung verursacht zunächst die Investitions- und Umstellungskosten. Die höhere Lebenserwartung diktiert das Ihre. Wir brauchen also nicht mehr Versorgung an der teuersten Stelle, sondern eine sichere Ersteinschätzung, verbindliche Steuerung in die jeweils passende Versorgungsebene. Die Strukturen der Länder dürfen dabei bewahrt werden.

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

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Der Regierungsentwurf schätzt rund 750 INZ und 250 Leitstellen mit entsprechenden Vertrags- und Umsetzungsaufwänden. Liegen Vergleichsrechnungen vor, die den Aufbau und Betrieb dieses vernetzten Zwei-Rufnummern-Systems einer einheitlichen, ärztlich unterstützten Erststeuerung unter 112 gegenüberstellt?

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

Kerstin Bockhorst (GKV-Spitzenverband): Zunächst einmal finden wir es wichtig, dass die Leitstellen der 112 und der 116 117 verbindlich vernetzt werden. Hier muss es auch einen Standard geben, wie Patientinnen und Patienten strukturiert übergeben werden können. Wir sehen auch, dass es bei den heute bestehenden 230 Leitstellen durchaus ein Konzentrationspotenzial gibt, was ausgeschöpft werden sollte. Mit Blick auf den Bedarf an INZ-Standorten würden wir - mit dem Modell, das ich anfangs vorgestellt habe - davon ausgehen, dass man ungefähr 600 Standorten bräuchte, um flächendeckend auch tatsächlich die Versorgung sicherstellen zu können.

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

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Nachfrage: Welche Kennzahlen sollten eine gesetzlich verpflichtende Evaluation spätestens sechs beziehungsweise zwölf Monate nach Einführung erfassen?

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

Kerstin Bockhorst (GKV-Spitzenverband): Das wäre natürlich die Frage, worauf Sie es konkret beziehen. Wir würden es auf jeden Fall begrüßen, wenn man digital auch wirklich die komplette Fallkette abbildet, von der Leitstelle bis hin zur fallabschließenden Versorgung. Das ist wichtig, um auf der

einen Seite unter dem Aspekt der Patientensicherheit, um die Patientenpfade regelmäßig zu evaluieren und weiter zu optimieren. Auf der anderen Seite soll dadurch auch verhindert werden, dass Doppeldatenerhebungen notwendig wären. Das würden wir auch regelmäßig evaluiert sehen.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Weiter an den GKV-Spitzenverband: Wie sollte sichergestellt werden, dass die Vergütung nicht weiterhin Transport oder stationäre Aufnahme begünstigt, obwohl eine ambulante oder telemedizinische Versorgung ausreichend wäre?

Kerstin Bockhorst (GKV-Spitzenverband): Es ist an verschiedenen Stellen jetzt vorgesehen, dass Ersteinschätzungsinstrumente etabliert werden. Das begrüßen wir auch ausdrücklich. Hier sind natürlich auch dann in den vorgesehenen Gremien konkrete Kriterien festzulegen, wann eine ambulante, zum Beispiel vertragsärztliche Versorgung oder durch den aufsuchenden Bereitschaftsdienst oder auch andere Bereiche, wie zum Beispiel Gemeindenotfallsanitäter möglich ist und wann eben tatsächlich es erforderlich ist, Patientinnen und Patienten in das Krankenhaus zu bringen. Diese Aufgabe, das konkret zu definieren, würden wir in den vorgesehenen Gremien sehen. Da ist genau die Fachexpertise dafür gegeben.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Teilt der GKV-Spitzenverband die Auffassung, dass eine eigenständige Einordnung der medizinischen Notfallrettung im SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) erforderlich ist, damit medizinische Versorgung vor Ort auch ohne Transport verkündet werden kann?

Kerstin Bockhorst (GKV-Spitzenverband): Das unterstützen wir. Der Rettungsdienst sollte unbedingt als eigenständige Leistung in das SGB V übernommen werden, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Versorgung vor Ort wirklich auch eine eigene Leistung werden sollte, um unnötige Transporte ins Krankenhaus zu verhindern.

Die **Vorsitzende**: Dann ist die SPD an der Reihe. Herr Dr. Pantazis, bitte.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundespsychotherapeutenkammer. Die Koalitionsfraktionen haben zum GKV-Beitragssatzsstabilisierungsgesetz einen Entschließungsantrag beschlossen, in dem weitere extrabudgetär zu vergütende Regelungen gefordert werden. Wie bewerten Sie diesen Entschließungsantrag?

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

Cornelia Metge (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Keine finanziellen Interessenkonflikte. Wir bewerten die Entschließung grundsätzlich positiv, denn sie mildert die durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz drohenden Einschnitte in die psychotherapeutische Versorgung zumindest ab. Wir begrüßen ausdrücklich die geplante extrabudgetäre Vergütung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Eine frühzeitige Behandlung ist hier entscheidend. Wichtig ist, die Regelung darf nicht auf einzelne Berufsgruppen beschränkt bleiben, sondern muss den gesamten Leistungsbereich umfassen. Die bessere Versorgung schwer psychisch Erkrankter nach der KSVPsych-Richtlinie ist ein wichtiger Schritt. Sie sollte aber auch die Ermächtigungen nach § 31 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte einschließen. Dies ist gerade in strukturschwachen Regionen wichtig. Übergangsweise sollten zudem in Regionen ohne Netzverbünde die psychotherapeutische Behandlung von schwer psychisch Erkrankten Patienten mit einem GAF-Score (Global Assessment of Functioning) von unter 50 extrabudgetär vergütet werden. Positiv zu werten ist zudem die geplante extrabudgetäre Vergütung dringlicher Behandlungsfälle samt G-BA-Auftrag die Feststellung der Dringlichkeit einer Behandlung in der psychotherapeutischen Sprechstunde zu regeln. Insgesamt würden diese Korrekturen die negativen Folgen der beschlossenen Deckelung mildern, aber nicht vollständig verhindern. Das gilt insbesondere für die psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen einschließlich der Gruppenpsychotherapie. Hier drohen schmerzhafte Einschnitte.

Die **Vorsitzende**: Es folgt Frau Dr. Seitzl, bitte.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Meine Frage geht an den Deutschen Hausärztinnen- und Hausärzteverband. Im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurde ein Fixkostendegressionsabschlag eingeführt, mit dem die zusätzliche Vergütung begrenzt wird. Können Sie uns bitte erläutern, warum Sie diese Maßnahme für falsch halten? Was sind Ihre Vorschläge?

Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth (Deutscher Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Auch mit Blick auf die Reform der Notfallversorgung, aber auch auf die kommende geplante Gesetzgebung - geplant ist ein verbindliches Primärversorgungssystem mit mehr Patientenversteuerung über die Hausarztpraxen – wird deutlich, dass das eine paradoxe Regelung ist. Man möchte den Hausärztinnen und Hausärzten immer mehr Aufgaben geben. Gleichzeitig wird ein Abschlag eingeführt, der genau die Praxen schlechter stellt, die Menschen koordiniert gesteuert versorgen. Das ist kein Sparinstrument. Es war auch kein Vorschlag aus der FinanzKommission Gesundheit, wie ich noch einmal betonen möchte, sondern es ist ein Wachstumshemmnis für die strukturierte und gesteuerte Versorgung der Menschen und für die Neuaufnahme von Patienten. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme festgestellt, dass Mengenbegrenzungen infolge einer Fixkostendegression kontraproduktiv wirken und eine Fallzahlbegrenzung in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) systemfremd ist, weil sich die Versicherten aktiv einschreiben und zugleich verpflichten, zuerst die Hausarztpraxis aufzusuchen. Das ist ein Gegenteil unkontrollierter Mengendynamik. Das ist nämlich Steuerung. Wir sind in der hausärztlichen Versorgung nicht in einer Radiologiepraxis, wo man auf ein Knöpfchen drückt und hinten ein Röntgenbild mehr herauskommt. Mehr Versorgung, Neuaufnahme von Patienten in der HZV bedeutet mehr Schmerzpatienten, mehr Hausbesuche, mehr Palliativpatienten. Es ist eine Gefahr für unser hausärztliches Arbeiten und für die Versorgung in der Fläche. Ich bitte Sie inständig, sich das Thema Fixkostendegression noch einmal anzugucken und ersatzlos zu streichen.

Die **Vorsitzende**: Dann sind jetzt BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an der Reihe.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ziel des Gesetzes ist, die Anzahl an medizinisch nicht sinnvollen Krankenhausvorstellungen und Krankenhausaufnahmen zu reduzieren. Wir schlagen deshalb in den Änderungsanträgen 2 und 4 vor, die gesetzliche Verankerung eines vorbeugenden Rettungsdienstes und einer speziellen ambulanten Notfallversorgung als eigenen Leistungsbereich, damit die Voraussetzungen geschaffen werden, dass wir durch den Einsatz psychiatrischer Krisendienste, einem vorbeugenden Rettungsdienst, Gemeindenotfallsanitätern und ambulanten Notfallpalliativteams letztlich sicherstellen, dass Patienten, die am Notfallort fallabschließend besser versorgt werden können, als wenn sie in die Notaufnahme gebracht und dann dort stationär aufgenommen werden, möglich wird. Erscheinen den folgenden Verbänden diese Änderungsanträge, so wie wir sie vorgelegt haben, sachgerecht und notwendig? Mit der Bitte um eine Ja- oder Nein-Antwort - zunächst die Johanniter-Unfall-Hilfe.

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

Kevin Griogorian (Johanniter-Unfall-Hilfe): Keine Interessenkonflikte. Wir unterstützen die Einführung einer speziellen ambulanten Notfallversorgung aus der Perspektive, um da genau die Lücke zu schließen zwischen der kassenärztlichen Versorgung und der wirklichen Notfallrettung des Rettungsdienstes.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Das BRK bitte.

Sebastian Lange (Bayerisches Rotes Kreuz (BRK)): Klare Antwort: Ja, das hat das Potenzial zum Game-Changer.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die Björn Steiger Stiftung.

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

Christof Constantin Chwojka (Björn Steiger Stiftung): Keine finanziellen Interessenkonflikte. Eindeutig: Ja.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Der Malteser-Hilfsdienst, bitte.

Frank Weber (Malteser-Hilfsdienst): Keine Interessenkonflikte. Ganz klar: Ja. Ich folge den Kollegen. Ausdifferenzierung und Legaldefinition sind daber dafür im Gesetz erforderlich.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ist es aus Sicht folgender Verbände sinnvoll, dass im Gesetz die vorgesehene Vergütung des Notfallmanagements in den Leitstellen mindestens an eine landeseinheitliche, standardisierte, softwarebasierte und qualitätsgesicherte Notrufabfragesysteme geknüpft wird? Halten Sie den Änderungsantrag 3, den unsere Fraktion vorgelegt hat, für sachgerecht? Auch hiermit der Bitte um eine Ja-Nein-Antwort. Zunächst die Björn Steiger Stiftung.

Christof Constantin Chwojka (Björn Steiger Stiftung): Ja, wir wollen das gerne bundeseinheitlich und nicht nur landeseinheitlich sehen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die DRF Stiftung Luftrettung, bitte.

Dr. Krystian Pracz (DRF Stiftung Luftrettung): Keine Konflikte. Die Antwort ist: Ja.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Fachverband Leitstelle, bitte.

Marc Gistrichovsky (Fachverband Leitstelle): Keine Interessenkonflikte. Ein klares Jein. Ja, wir sind auf jeden Fall dafür, dass verpflichtend die Vernetzung der Leitstellen 112 und 116 117 vorangeht und auch verpflichtend eine standardisierte Notrufabfrage vorgesehen wird, allerdings nicht zu Lasten einer Vergütungskürzung der Leitstellen. Dafür müssen einfach landesrechtliche, und ich bleibe auch dabei, bundesrechtliche Vorgaben verpflichtend kommen, dass es einzuführen ist.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Abschließend noch die ADAC Luftrettung.

Frédéric Bruder (ADAC Luftrettung): Unsererseits auch ein klares Ja. Dafür brauchen wir aber keine einheitliche Software, sondern wieder ein evidenzbasiertes, interoperables und regelmäßig überprüfbares Verfahren, was auch Ausnahmen zulässt in begründeten Fällen durch die Leitstellen-Disponenten.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) Ich würde die verbliebene Zeit gerne nutzen wollen, um noch anknüpfend an die eben gestellte Frage zu bundeseinheitlichen Kriterien für die Einrichtung von INZ und KiNZ die neue G-BA-Vorsitzende fragen wollen, ob aus Sicht des G-BA auch das sinnvoll ist. Und an dieser Stell: Herzlich willkommen und herzlichen Glückwunsch!

Die **Vorsitzende**: Dem schließe ich mich an. Frau Dr. Optendrenk, bitte.

Dr. Sonja Optendrenk (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Herzlichen Dank. Keine finanziellen Interessenkonflikte. Die Antwort ist: Ja.

Die **Vorsitzende**: Damit gehen wir weiter zur Linke. Vier Minuten. Frau Merendino, bitte.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke): Ich frage die Björn Steiger Stiftung. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Personalkosten an die Grundlohnrate minus 1 zu binden. Was wird das für Folgen haben?

Christof Constantin Chwojka (Björn Steiger Stiftung): Simpel gesagt, eine Qualität, die gefordert, aber nicht finanziert wird, wird nicht erbracht werden. Die medizinische Notfallrettung ist ein vorhalteintensiver Bereich. Die Kosten entstehen überwiegend nicht pro Einsatz, sondern durch die Bereitstellung rund um die Uhr - Personal, Wachen, Fahrzeuge, Leitstellentechnik. Wenn das nicht finanziert wird, kann die Leistung nicht erbracht werden. Wenn die Lösung ist: Eine Klarstellung, dass die zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen einer erforderlichen Vorhaltung

Investitionskosten anzuerkennen sind, Abfragesystem, Qualitätsmanagement, IT-Anbindung und eine Ausnahme von der Grundlohnbindung - aus unserer Sicht zumindest befristet für die Umstellungsphase. Das rechnet sich auch. Das steht überall drin. Die Bundesregierung beziffert die Einsparungen selbst auf gut 1,2 Milliarden Euro jährlich, davon 223 Millionen Euro durch bedarfsgerechte Notarztentsendungen und 370 Millionen Euro durch bedarfsgerechte Transportmittel. Beides sind unmittelbare Folgen zum Beispiel der standardisierten Notrufabfrage. Wer das abschwächt, verzichtet auf einen größten Teil dieses Einsparungspotenzials.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke) Ich frage Sie weiter: Welche Maßnahmen haben Sie im Antrag unserer Fraktion Die Linke identifiziert? Sie haben eine Stellungnahme dazu verfasst, in der sich dieser entsprechend vom Regierungsentwurf unterscheidet. Welche unserer Maßnahmen würden Sie der Koalition nahelegen, wo sie den Regierungsentwurf noch ändern sollte?

Christof Constantin Chwojka (Björn Steiger Stiftung): Ich freue mich, dass Sie unsere Stellungnahme so gut gelesen haben. Ich habe ihren Antrag auch gut gelesen. Vier Punkte sind es im Wesentlichen, die übernommen werden sollten. Das eine sind einmal bundeseinheitliche Hilfsfristen. Zumindest eine einheitliche Definition und Messmethodik der Eintreffzeiten. Das ist die aus unserer Sicht größte verbliebene Lücke des Regierungsentwurfs. Zweitens eine standardisierte Ersteinschätzung als verbindlicher Standard für die Leitstellen, Notaufnahmen und Notfallzentren. Drittens, Sie nennen es eine integrierte Leitstelle unter der 112 in Ihrem Antrag. Unser Zielbild ist eine Gesundheitsleitstelle in der Cloud. Der Gesetzentwurf bleibt da leider bei der Kooperation zweier getrennter Systeme stehen. Und viertens ist die bundeseinheitlich heilkundliche Kompetenz für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter unabhängig von regionalen Freigaben. Nicht übernehmen würden wir die Übertragung des Sicherstellungsauftrags an die Länder. Das würde genau die Fragmentierung verfestigen, die die Reform überwinden soll. Ohne vergleichbare Messungen ist diese Diskussion über die Gleichwertigkeit aber gegenstandslos.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke): Als nächstes frage ich die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung. Wie sehen Sie denn den Gesetzentwurf in Bezug auf psychische Notfälle?

Dr. Christina Jochim (Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung (DPtV)): Keine finanziellen Interessenkonflikte. Als DPtV begrüßen wir grundsätzlich das Ziel, die Notfallversorgung besser zu organisieren und wollen unbedingt auch, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen in akuten psychischen Krisen gut strukturell angemessen berücksichtigt werden. Psychotherapeuten leisten sowohl stationär als auch ambulant hier schon einen wichtigen Beitrag dazu durch die zeitnahe Versorgung. Dabei sind uns drei Punkte in der Tat wichtig noch zu berücksichtigen. Das eine ist die bestehende Versorgung zu stärken. Stichwort: Steuerung durch die psychotherapeutische Sprechstunde existiert bereits seit 2017 sehr erfolgreich. Hier gibt es Modifikationspotenzial. Das müssen wir schauen, aber nicht Wege verdoppeln. Versorgung von psychischen Erkrankungen ist richtig an ihren Sets. Die dürfen nicht vergessen oder ausgespart werden. Zentral für gute multidisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist eine Modernisierung der Befugnis für Psychotherapeuten - Stichwort: AU-Überweisungsbefugnisse.

Die **Vorsitzende**: Dann beginnen wir Block 3 mit der CDU/CSU-Fraktion, Frau Borchardt, bitte.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband und an den Verband der Privaten Krankenversicherung. Wie bewerten Sie als Kostenträger kurz-, mittel- und langfristige Einsparpotenziale der Reform und an welcher Stelle sehen Sie in diesem Zusammenhang noch Änderungsbedarf?

Die **Vorsitzende**: Frau Bockhorst und dann Herr Dr. Loskamp, bitte.

Kerstin Bockhorst (GKV-Spitzenverband): Wir können die Einsparpotenziale, die im Gesetz beschrieben sind, erstmal grundsätzlich nachvollziehen. Wesentlich ist dafür aber, dass die Maßnahmen des Gesetzes auch wirklich konsequent umgesetzt

werden, insbesondere die Steuerungsinstrumente müssen verbindlich sein. Ganz zentral ist die verbindliche Nutzung der Notrufabfrage und der Ersteinschätzungsinstrumente, um die Steuerung zu verbessern, die vorrangige Steuerung in die ambulante Versorgung und die Ermöglichung der Behandlung vor Ort durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, um unnötige Rettungsfahrten zu vermeiden. Es ist mit dem größten Einzelposten für die Einsparungen die Fallübergabe an die KVen vorgesehen. Hier muss man sagen, dass momentan die Initiative auf die Bildung eines einheitlichen Gesundheitsleitsystems allein bei den Rettungsleitstellen liegt. Hier ist noch keine Garantie dafür, dass auch kurzfristig dann flächendeckend diese gemeinsamen Leitstellen wirklich zustande kommen. Zudem ist bei der Notrufabfrage momentan lediglich vorgesehen, dass hier zur Nutzung des Systems Anforderungen gemacht werden sollen, aber keine Anforderungen an das Instrument. Das ist besonders wichtig, da das eben auch verordnungsersetzend sein soll. Es soll die ärztliche Verordnung für Rettungsfahrten und weitere Fahrten hier ersetzen an der Stelle. Das birgt natürlich potenziell auch die Gefahr von Mehrkosten, wenn das nicht bundeseinheitlich umgesetzt wird. Zuletzt wäre es uns noch sehr wichtig, dass die Ersteinschätzungsinstrumente aufeinander abgestimmt sein müssen, damit man hier zu einheitlichen Bestimmungen von Dringlichkeit und Versorgungsebene kommt. Auch das ist wichtig, um die Einsparpotenziale heben zu können.

Dr. Norbert Loskamp (Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)): Keine Interessenkonflikte. Für die kurzfristige Situation sehen wir zunächst keine Einspareffekte, weil hier noch eine Menge Arbeit zu tun ist. Es müssen viele Verträge geschlossen werden, es müssen Abstimmungen stattfinden, sodass ich denke, in den ersten ein bis zwei Jahren wird eine Menge Arbeit zu tun sein, bevor dieses System wirklich wirken kann. Wir versprechen uns aber danach dann schon Einsparungen, weil Fälle besser zugeordnet werden, weil weniger Krankenhausaufnahmen tatsächlich stattfinden sollen. Der Umfang dieser Einsparungen ist sicherlich nicht leicht zu berechnen. So viel aus Systemsicht. Für die PKV speziell sehen wir zwei Punkte, die ich noch einmal adressieren möchte. Und zwar zum einen geht es um einen Punkt, den wir schon oft eingebracht haben. Das ist die Krankenversichertennummer. Die ist im Augenblick adressiert im Medizinregistergesetz. Dieses Gesetz hat bisher noch keine Kabinettsvorlage erfahren. Insofern wären wir dankbar, wenn es möglichst bald auf den Weg gebracht wird. Die Krankenversichertennummer ist eine zentrale Stellschraube, um im gesamten digitalen System mitzuwirken. Für die privatversicherten Patienten ist auch wichtig, dass sie an der medienbruchfreien digitalen Weitergabe von Daten in der ganzen Notfallkette teilnehmen können. Ansonsten hilft uns dieses System nicht. Der zweite Punkt, den ich noch adressieren möchte, ist die Frage der Kosten für die Notfallrettung nach § 133 SGB V. Die wird neu geregelt und es wird Verhandlungen zwischen Ländern und GKV geben. Bisher haben wir einheitliche Kosten gehabt für alle Nutzer dieser Notfallrettung. Das sollte auch weiterhin so erhalten bleiben. Wir haben dazu ein paar Vorschläge gemacht, auch in unserer Stellungnahme im Detail. In der bisherigen Gesetzesregelung ist es so nicht abgesichert. Es trägt natürlich auch dazu bei, dass für die PKV die Kosten an der Stelle dann begrenzt werden.

Die **Vorsitzende**: Dann jetzt Kollegin Zeulner, bitte.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den DBRD. Verfügen Ihrer Einschätzung nach Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter über ausreichende Kompetenzen zur fallabschließenden Versorgung von Akut- und Notfallpatienten, bei denen sich vor Ort herausstellt, dass kein Transport erforderlich ist. Was müsste gesetzlich geregelt werden, um die Fachlichkeit noch stärker zu nutzen? Welche Einsparmöglichkeiten in Bezug auf Personal, aber auch auf GKV-Gelder sehen Sie?

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

Frank Flake (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD)): Notfallsanitäter besitzen die Kompetenzen grundsätzlich, Patienten zu Hause zu versorgen. Das gibt auch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vor. Allerdings scheint es im Kontext der Notfallreform sinnvoll, die eigenverantwortlichen Maßnahmen nicht nur auf Lebensgefahr und wesentliche Folgeschäden zu begrenzen, sondern zu öffnen für jeden rettungsdienstlichen

Einsatz. Wenn man das dann entsprechend ausnutzt, sehen wir erhebliche Einsparpotenziale für die GKV.

Abg. **Dr. Thomas Pauls** (CDU/CSU): Ich würde auf das Thema Digitales wechseln. Die Frage geht an Bitkom und an den Bundesverband Gesundheits-IT. Mit Blick auf die Uhr würde ich um kurze Antworten bitten. In der geplanten Reform steckt schon viel Digitales beim Thema Ersteinschätzung, Videoberatung oder auch der Vernetzung der Leitstellen. Jetzt frage ich ganz plump: Ist digital alles top? Oder gibt es Themen, Zugänge, Schnittstellen, Features, auf die wir noch mal schauen müssten?

Manuel Grahammer (Bitkom): Keine Interessenkonflikte. Wir begrüßen die im Gesetzentwurf vorgesehene Stärkung der Telemedizin ausdrücklich. Wir sehen beim Personenbedarf für eine flächendeckende 24/7-Telemedizin die berechtigte Sorge, dass das nicht abzudecken ist. Deshalb empfehlen wir die Einbindung professioneller privater Telemedizinanbieter und bewerten das als große Chance. Etablierte Anbieter verfügen über jahrelange operative Erfahrungen und agieren als schlüsselfertige Dienstleister im Hintergrund. Die Digitalwirtschaft versteht sich hierbei nicht als Konkurrenz, sondern als verlässlicher Entlastungspartner der KVen, der ungeliebte Randzeiten abfedert und Notaufnahmen nachweislich entlastet. Damit die KVen diese Kapazitäten rechtssicher zur Überbrückung von Personalengpässen nutzen können, schlagen wir vor, in § 75 Abs. 1b Satz 13 SGB V die Kooperation mit telemedizinischen Einrichtungen explizit zu ermöglichen. Das gibt den KVen die nötige Flexibilität und sichert den Bürgerinnen und Bürgern eine sofort spürbare, verlässliche Versorgung.

Sascha Raddatz (Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg)): Keine Interessenkonflikte. Ich kann mich dem Bitkom an dieser Stelle nur anschließen. Ich würde das noch ergänzen, dass insbesondere der TSS-Code, also der Code zu den Terminbuchungssystemen zentral über die KBV validiert und frei zur Verfügung gestellt werden müsste. Insbesondere markterprobte und offene Plattformlösungen müssten dort angedockt werden können.

Die **Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Theiss, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den ASB Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland. Wie bewerten Sie die Auswirkungen der Kostendämpfungsmaßnahmen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes auf die Notfallrettung? Welche Alternativen zur Ausgabenbegrenzung sehen Sie in diesem Bereich?

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

Sylvia Schäfer (ASB Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland): Keine Interessenkonflikte. Wir sehen darin ein großes Problem. Die Kostensteigerungen im Rettungsdienst liegen nicht in einer Fehlorganisation innerhalb des Rettungsdienstes selber, sondern sie sind vielmehr Ausfluss von bisher ungelösten Herausforderungen in der Steuerung der Patienten im pflegerischen Bereich, im hausärztlichen Bereich etc. Gleichzeitig hat der Rettungsdienst echte Personalprobleme. Das haben wir eben auch schon gehört. Die Notfallsanitäterin hat von den Belastungen gesprochen. Der Herr von der Björn Steiner Stiftung hat schon gesagt: Man kann nicht Qualität fordern und sie dann nicht bezahlen. Das alles wird es uns als Leistungserbringer sehr schwer oder sogar unmöglich, den Rettungsdienst langfristig sicherzustellen. Tariflöhne, da gibt es Urteile zu, sind wirtschaftlich und wir brauchen die Tarifautonomie weiterhin auch im Rettungsdienst. Von daher brauchen wir Ausnahmen.

Die **Vorsitzende**: Nun ist die AfD wieder an der Reihe. Bitteschön.

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): Meine Frage geht an den G-BA. Sie sollen ein qualifiziertes, standardisiertes und softwarebasiertes Ersteinschätzungsverfahren für Krankenhausstandorte vorgeben. Welche validierten Daten und Versorgungsziele liegen dafür bereits vor und warum beschränkt der Entwurf diese Regelung auf den Krankenhauszugang, statt eine einheitliche medizinische Ersteinschätzung am Beginn der gesamten Versorgungskette zu etablieren?

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Optendrenk, bitte.

Dr. Sonja Optendrenk (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Wir haben in der Vergangenheit bereits eine Richtlinie für ein Ersteinschätzungsverfahren gemacht. Dem liegen Daten zugrunde. Da das jetzt im Detail vor meiner Zeit war, kann ich Ihnen nicht alle einzelnen Daten geben. Aber ich kann Ihnen versichern, dass die Entscheidungsgründe da auch transparent vorliegen. Die Frage, warum etwas nur auf den Krankenhausbereich bezogen ist, da bin ich die falsche Ansprechpartnerin. Ich habe die Regelung nicht geschrieben.

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): Eine Nachfrage. Wie wird verhindert, dass unterschiedliche regionale Software, Leitstellen und KV-Strukturen erneut uneinheitliche Zugangsvoraussetzungen schaffen?

Dr. Sonja Optendrenk (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Die Uneinheitlichkeit kann man natürlich dadurch verhindern, dass es standardisierte Vorgaben gibt, die bundesweit gelten und die dann nicht in die regionale Hoheit gelegt werden. Das heißt, wir müssten einheitliche Kriterien haben, die dann auf allen Ebenen gelten, so die Ersteinschätzung zum Beispiel auf der Ebene der Notleitstellen als aber auch dann in den Notfallambulanzen. Wenn man da einheitliche Vorgaben und einheitliche Kriterien vorgibt, dann kann man auch einheitlich bundesweit steuern.

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): Die nächste Frage geht an den Deutschen Hausärztinnen- und Hausärzteverband. Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit Patienten nach einer Ersteinschätzung tatsächlich verlässlich und zeitnah in den Bereitschaftsdienst oder eine Notdienstpraxis gelangen, statt mangels verfügbarer Alternative doch in die Notaufnahme oder über 112 zu gehen?

Die **Vorsitzende**: Frau Buhlinger-Göpfarth, bitte.

Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth (Deutscher Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Wir wollen Patienten in der Tat bestmöglich durch das Gesundheitssystem führen und begleiten. Deutschland verfügt grundsätzlich über ein umfassend ausgebautes System der Akut- und Notfallversorgung, einschließlich eines gut etablierten Rettungswesens. Diese drei Versorgungsbereiche jetzt stärker aufeinander abzustimmen, da kann in der Tat auch eine Ersteinschätzung, die standardisiert ist, helfen. Es wäre wichtig, bundesweit Eckpunkte zu definieren, wie Patientinnen und Patienten hier auch informiert werden. Wichtig ist, dass man den Leuten jetzt mal die Regeln erklärt und die Regeln einfach macht. Man muss vielleicht nicht alles bis ins Detail regeln. Frau Optendrenk hat es auch gesagt, der G-BA hat schon entsprechende Entwürfe erarbeitet, die durchaus sinnhaft erscheinen. Wir haben etablierte Ersteinschätzungssysteme, wie zum Beispiel SmED [Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland], die sehr wohl in der Lage sind, Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene zu weisen. Mir ist wichtig, meine Feststellungen gelten ausschließlich für den Notfalldienst, nicht für die Regelversorgung.

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): Als Nachfrage: Wie wichtig wäre eine verbindliche Termin- oder Übergabevermittlung durch die gemeinsame Leitstelle, damit der Patient nach dem Anruf nicht selbst erneut telefonieren oder suchen muss?

Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth (Deutscher Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Ich hatte es schon mal versucht zu erklären. Ich glaube, es ist wichtig, dass wir jetzt Politik und Regeln erklären. Wie soll der Weg zukünftig in der Notfallversorgung sein? Es fängt schon an mit dem Begriff Notfallambulanzen, von ambulare - lateinisch spazieren gehen. Das ist das, was viele Menschen im Moment machen. Sie spazieren in die Notfallambulanzen. Das sind aber Notaufnahmen. Ich glaube schon, dass der Weg, den die Reform jetzt hier geht, klare verbindliche Regeln aufzustellen, um eine bessere Steuerung im Notfallwesen zu erreichen, der richtige Weg ist.

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): Die nächste Frage geht an das DRK und die Johanniter-Unfall-Hilfe. Wie häufig erleben Sie Einsätze, bei denen Patienten nicht wegen eines medizinisch zwingenden Rettungsbedarfs, sondern wegen fehlender Orientierung im System oder fehlender Alternativen über

die 112 in den Rettungsdienst gelangen? Was hätte eine sofortige ärztliche Ersteinschätzung beim Erstkontakt in diesen Fällen ändern können?

Die **Vorsitzende** Herr Augustin und dann Herr Griogorian.

Robert Augustin (Deutsches Rotes Kreuz (DRK)): Zunächst einmal kann ich nicht exakt auf Ihre Frage antworten. Ich kann aber insoweit darauf eingehen, dass wir durchaus feststellen, dass die Anzahl der Notrufe, die bei uns eingehen in den letzten Jahren hinweg signifikant nach oben geht, während die Anzahl der lebensbedrohlichen Rettungseinsätze nahezu stagniert. Insofern kann ich die Frage beantworten: Ja, über eine strukturiere Abfrage könnte man möglicherweise so etwas näher entdecken. Es würde Ihnen aber aus meiner Sicht nichts helfen, weil der Disponent in der integrierten Leitstelle keine andere Möglichkeit aktuell zur Verfügung hat, als einen Rettungswagen oder einen Notarzt land- oder luftgebunden zu schicken. Aus unserer Sicht wird es erst interessant, wenn Sie für niedrigschwellige Low-Code-Einsätze dann auch ein adäquates Rettungsmittel wie Rettungseinsatzfahrzeug, Notfallsanitäter, also Gemeindenotfallsanitäter oder Ähnliches dazu etablieren.

Kevin Griogorian (Johanniter-Unfall-Hilfe): Eine tatsächliche flächendeckende Auswertung gibt es dazu nicht. Man hat partielle Studien. Ich beziehe mich auf die Studie in Oldenburg, wo das Thema Gemeindenotfallsanitäter betrachtet wurde. Da kam heraus, dass das Problem an vielen Stellen vor allen Dingen eines der Erreichbarkeit war, wo 80 Prozent ihren eigenen Hausarzt nicht erreichen konnten, was zu sprechstundenfernen Zeiten durchaus üblich ist, aber dann eben auch 50 Prozent das Thema Bereitschaftsdienst nicht erreichbar war, sodass an vielen Stellen das Nichtnotfallbild tatsächlich das Einsatzbild im Rettungsdienst eben prägt. Frau Locher als Notfallsanitäterin hat es gerade geschildert, die wirklichen Notfälle, wo der Rettungsdienst draußen unterwegs ist, um Leben zu retten, wesentliche Gesundheitsschäden abzuwenden, nehmen immer weiter ab. An der Stelle hilft aber nicht die sofortige ärztliche Ersteinschätzung. Wir brauchen in den Leitstellen standardisierte Abfrageschemata, um zu strukturieren, was sind Notfälle und was sind dringliche Handlungsbedarfe, die in den Bereitschaftsdienst oder die spezialisierte ambulante Notfallversorgung überführt werden können. Dann brauchen wir an der Stelle eben auch ein Versorgungsangebot, was dann geschaffen werden kann. Nur die Erkenntnis aus einer solchen Abfrage heraus hilft den Bürgerinnen und Bürgern oftmals nicht. Unabhängig davon, ob ein Notfallbild vorliegt oder ein dringlicher Behandlungsbedarf, rufen die Bürger an, weil ihnen in der Regel in irgendeiner Art und Weise geholfen werden soll. Das ist aktuell oftmals leider nur über die 112 so, dass da wirklich immer jemand rangeht und fundiert immer jemand kommt.

Die **Vorsitzende**: Nun wäre noch einmal die SPD an der Reihe und ich frage die ADAC Luftrettung. Sie kritisieren das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz mit Blick auf das Thema Anbindung an die Grundlohnentwicklung. Können Sie noch einmal Ihre Gründe dafür erläutern und vielleicht uns auch sagen, was Ihre Ideen dazu sind?

Frédéric Bruder (ADAC Luftrettung): Für uns ist es natürlich sehr wichtig, die finanzielle Absicherung unserer Tätigkeit und damit de facto die Verlässlichkeit der lebensrettenden Maßnahmen aus der Luft auch gewährleisten zu können. In diesem Kontext wollen wir klar klarstellen: Wir wollen keine Ausnahme vom Grundsatz der Beitragsstabilität, die macht nämlich tatsächlich Sinn, sondern wir wollen Rechtssicherheit. Das ist das, was uns aktuell fehlt. Wir wünschen uns eine Klarstellung im § 133 Abs. 2 SGB V, wann die bestehende Ausnahme, die ja schon vorgesehen ist in § 71 SGB V, tatsächlich auch für die Luftrettung greift. Das ist aus unserer Sicht der Fall, wenn nachgewiesen vom Leistungserbringer nicht beeinflussbare Kostensteigerungen dazu führen, dass eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung unter Einhaltung der Grundlohnbegrenzung nicht mehr gewährleistet werden kann. Darüber hinaus schließen wir uns den Ausführungen vom DRK und BRK vorhin an. Wir müssen die notwendigen Sach-, Betriebsvorhalt- und Investitionskosten berücksichtigen. Das ist heute noch nicht ausreichend der Fall.

Die **Vorsitzende**: Dann knüpfe ich an das Thema Ersthelfer an und frage Prof. Dr. Dr. Böttiger. Im

Gesetz steht, dass Ersthelfenden-Systeme an Leitstellen gekoppelt werden sollen, Schnittstellen hergestellt werden müssen und die Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit dies bundesweit und ohne Einschnitte funktioniert. Können Sie das näher erläutern, wie das funktionieren kann?

Prof. Dr. Dr. Bernd W. Böttiger (Bundesarzt DRK, Universität zu Köln): Zunächst geht es um Einsparungen und mir geht es um Einsparungen für unsere gesamte Gesellschaft. Ich wiederhole mich da: plötzlicher Herztod ist die häufigste Todesursache außerhalb eines Krankenhauses. Bisher überlebt nur einer von zehn Menschen. Das ist krass. Andere Länder sind da viel besser. Und wenn die dann überleben, die Menschen in anderen Ländern, drei bis fünf Mal mehr als bei uns, dann können wir auch davon ausgehen, dass die meisten dann auch wieder arbeiten können. Das heißt, wir hätten einen guten Impuls gegen den Arbeitskräftemangel oder den Fachkräftemangel übrigens. Natürlich brauchen wir an die Leitstellen gekoppelte Smartphone-basierte Ersthelfer-Systeme. Das heißt, Menschen, die in der Nähe sind, die sich eine Wiederbelebung zutrauen, die sind dann innerhalb von vier Minuten im Mittel vor Ort, schneller als der Rettungsdienst. Das verbessert das Überleben wahrscheinlich um den Faktor drei. So etwas muss aus unserer Sicht bundeseinheitlich gesetzlich vorgegeben werden und, wie Sie schon sagen, an die Leitstellen angekoppelt werden. Wir sind auch der Meinung, wir brauchen vielleicht nicht ganz so viele Leitstellen, wie wir jetzt noch haben.

Die **Vorsitzende**: Dann noch eine Frage an den Fachverband Leitstelle. Es geht um das Thema psychosoziale Versorgung. Wir nehmen zur Kenntnis, dass es auch immer mehr Einsätze gibt, die auf psychosoziale Notlagen zurückzuführen sind. Sehen Sie dies ausreichend abgebildet im Gesetzentwurf?

Marc Gistrichovsky (Fachverband Leitstelle): Das kann ich nur bestätigen, was Sie sagen. Über den Notruf kommen bei uns regelmäßig diese Patienten an. Wir benötigen auch hier Schnittstellen zu alternativen Versorgungsmöglichkeiten, als nur den Rettungsdienst zu schicken. Da gibt es einmal die Möglichkeit auch der von uns sehr begrüßten intensiven Vernetzung mit der 116 117, die dann entsprechende Dienste auch vermitteln kann. Oder eben auch, wie in einigen Bundesländern bereits etabliert, beispielsweise in Bayern, einen 24-Stunden-Krisendienst, den wir dann auch seitens der Leitstelle aktivieren können, sei es, um einfach ein Telefongespräch zu vermitteln, was oftmals hilft in diesen Situationen, aber auch, um Akutteams zu aktivieren, die dann mit entsprechender fachlicher Expertise vor Ort kommen. Das kann ich nur begrüßen und wäre sehr hilfreich für uns.

Die **Vorsitzende**: Die nächste Frage stellt der Kollege Yüksel.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Ich frage den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen. Wie kann die geplante Reform der Notfallversorgung konkret dazu beitragen, die knappen Ressourcen in der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung effizient einzusetzen und gleichzeitig eine qualitativ hochwertige Versorgung der Notfälle sicherzustellen?

Dr. Michael Hubmann (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)): Keine Interessenkonflikte. Kinder sind 17 Prozent der Bevölkerung. Wir versorgen mit 5 Prozent der Leistungserbringer die Notfälle. Kinder sind selten stationär behandlungsbedürftig, sondern können oft ambulant betreut werden. Um das sicherzustellen, brauchen wir das, was im Koalitionsvertrag steht. Wir brauchen die Gleichstellung der Förderung der pädiatrischen Weiterbildung mit der allgemeinmedizinischen Weiterbildung nach § 75a SGB V. Das System muss insgesamt die Notfälle und die Anfragen nicht bedürfnis-, sondern bedarfsorientiert steuern. Es ist uns wichtig, dass in der verpflichtenden Ersteinschätzung vier Behandlungspfade notwendig sind. Ein Notfall, der sofort in eine Kinderklinik muss, eine dringende Behandlungsbedürftigkeit innerhalb von 24 Stunden, eine mittelfristige, mit Verweis in die Regelversorgung. Und ganz wichtig ist, dass am Ende auch eine reine Beratung und keine ärztliche Behandlungserfordernis steht. Ansonsten möchte ich mich am Ende bedanken für die gute Diskussion. Ich glaube, das, was wir hier machen, das zeichnet Demokratie aus. Und das ist in dem Land, glaube ich, momentan sehr wichtig.

Die **Vorsitzende**: Jetzt fragt BÜNDNIS 90/DIE

GRÜNEN weiter.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne weiterfragen wollen. Aktuell werden Einsatzmittel häufig nur nach Zuständigkeiten räumlich disponiert und nicht nach ihrem tatsächlichen georeferenzierten Standort. Das führt dazu, dass über Landkreisgrenzen hinweg nicht kooperiert wird, Ineffizienzen bestehen und Menschen oft nicht die schnellstmögliche medizinische Hilfe nach Dringlichkeit erhalten. Deswegen schlagen wir im Änderungsantrag 18 vor, den Katalog des Fachgremiums zu erweitern und hier entsprechende Vorgaben im Fachgremium festzulegen. Mit der Bitte um eine Ja-Nein-Antwort: Halten Sie das für sachgerecht und notwendig? Zuerst frage ich die Björn Steiger Stiftung.

Christof Constantin Chwojka (Björn Steiger Stiftung): Ja, das ist zwingend notwendig.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage weiter den DBRD.

Frank Flake (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD)): Ja, absolut notwendig.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage weiter die DRF Stiftung Luftrettung, die bereits viel zur Next-Best-Strategie gearbeitet hat.

Dr. Krystian Pracz (DRF Stiftung Luftrettung): Ja, das unterstützen wir.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Und die Johanniter-Unfall-Hilfe.

Kevin Griogorian (Johanniter-Unfall-Hilfe): Wir unterstützen den Antrag.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde noch mal zurückkommen auf ein Thema, was ich eben schon in der Fragerunde angesprochen hatte und was eben in den Ausführungen des Fachverband Leitstelle auf die Frage der SPD-Fraktion schon angeklungen ist. Das Thema notfallpsychiatrische Krisendienste ist ein ganz wichtiges für eine fallabschließende, fachgerechte Behandlung außerhalb von Krankenhäusern, um medizinisch nicht sinnvolle Einweisungen zu vermeiden. Deshalb würde ich gerne die Aktion Psychisch Kranke fragen wollen, ob sie unseren Änderungsantrag 2 und 4, der die Einrichtung einer speziellen ambulanten Notfallversorgung unter anderem für solche Dienste vorsieht, für richtig halten. Mit der Bitte um eine kurze Ja- oder Nein-Antwort.

Prof. Dr. Katarina Stengler (Aktion Psychisch Kranke (APK)): Keine Interessenkonflikte. Kurze Ja-Antwort. Selbstverständlich unterstützen wir das. Ambulante niedrigschwellige Krisenhilfen 24/7 sind notwendig, um vorstationäre Versorgung für psychisch Erkrankte gut umzusetzen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Neben psychiatrischen Krisen ist ein weiterer Fall, der häufig für medizinisch nicht sinnvolle und wie ich als Notfallmediziner berichten kann, wirklich sehr leidvolle und oft auch unethische Krankenhauseinweisungen führt, gerade die palliative Versorgung von Patienten außerhalb von Krankenhäusern. Deshalb würde ich die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin fragen wollen: Würden Sie auch unseren Vorschlag der Einführung und Regelung einer speziellen ambulanten Notfallversorgung, gerade auch für die spezielle palliative Versorgung begrüßen?

Prof. Dr. Martin Neukirchen (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)): Keine Interessenkonflikte. Ja, die ambulante Notfall-Palliativ-Versorgung muss im SGB V verankert werden, damit wir vor Ort belastende Symptome lindern und durch Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen einen Beitrag zur Prävention von Übertherapie am Lebensende leisten und dadurch nach ersten Berechnungen unserer Fachgesellschaft Kosten in dreistelliger Millionenhöhe einsparen könnten.

Die **Vorsitzende**: Nur in der allerletzten Runde, ist die CDU/CSU an der Reihe. Prof. Dr. Theiss, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Ich frage die Mobilen Retter. Halten Sie die Maßnahmen zur Verbesserung der Ersthilfe-Renovation, insbesondere der Mobilfunk-aktivierten-Laien-Renovation im Gesetzentwurf für ausreichend und wenn nein, was müsste noch verbessert werden?

Stefan Prasse (Mobile Retter): Stefan Prasse für den Verein Mobile Retter. Keine Interessenkonflikte. Vielen Dank für die Frage. Wir sind sehr froh und begrüßen, was alles zum Thema Ersthelfer-Alarmierung im Gesetzentwurf drinsteht. Ich kann nur erneut, wie bereits hier schon im Ausschuss geschehen, darauf hinweisen, smartphonebasierte Ersthelfer-Alarmierung ist nicht Technik, sondern das ganze System. Das Ganze steht und fällt mit der Motivation der Ehrenamtlichen. Das heißt also, die beste Technologie bleibt wirkungslos, wenn die Motivation der Menschen dahinter nachlässt. Das heißt der zentrale oder einer der zentralen Erfolgsfaktoren dafür ist, die Leute zu motivieren, zu binden mit einem aktiven Ehrenamtsmanagement. Das ist das eine. Das andere, was noch zu ergänzen wäre, ist, man muss auch, das kann ja dann auch entsprechend in dem Fachgremium erfolgen, über das Thema Wirkungsmessung, in welcher Form auch immer, sprechen. Das heißt, es ist nicht entscheidend die bloße Existenz eines Systems oder eine verpflichtende Einführung dafür, sondern am Ende kommt es auf die tatsächliche Wirksamkeit bei der Rettung von Menschenleben an. Da müssen wir einen Mechanismus finden. Wir kennen es aus der Erfahrung heraus, dass allein der politische Auftrag oder die Verpflichtung, so etwas einzuführen, nicht zwangsläufig dazu führt, dass es effizient und effektiv entsprechend und bestmöglich umgesetzt wird in einer Region.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Ich frage den Marburger Bund. Wie bewerten Sie das geplante Gesetz zur Reform der Notfallversorgung mit Blick auf die anstehenden Strukturreformen im Gesundheitssystem?

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Johna

Dr. Susanne Johna (Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands): Entscheidend ist die Koordination. Wenn die nicht gelingt, dann sind wieder Strukturen aneinander vorbei. Das heißt, entscheidend ist natürlich jetzt, wenn wir Kriterien festlegen für INZ, dass diese Krankenhäuser dann auch sinnvollerweise die Leistungsgruppen haben, die sie brauchen, um dann eine vernünftige Versorgung machen zu können. Also eine Koordination an dieser Stelle ist enorm wichtig. Deswegen sind auch zeitliche Abhängigkeiten jetzt da. Die Länder teilen jetzt Leistungsgruppen zu, kennen aber noch nicht die Kriterien, nach denen die Notfallversorgung zugeteilt werden soll, unabhängig natürlich schon die G-BA-Notfallstufen. Insofern: Ja, es besteht dringender Koordinationsbedarf.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Ich würde noch die ADAC Luftrettung fragen. Welche rechtlichen Regelungen, auch in anderen Rechtsbereichen, führen zu Unterschieden und Einschränkungen bei der Luftrettung, zum Beispiel bei Arbeitszeitregelungen, Arbeitnehmerüberlassungen oder Personalausstattung im Helikopter?

Frédéric Bruder (ADAC Luftrettung): Wir haben aus dem Arbeitsministerium unterschiedliche Arbeitszeitregelungen für die Crewmitglieder. Notfallsanitäter und Piloten unterstehen der Zweiten Durchführungsverordnung zur Betriebsordnung für Luftfahrtgerät, können 15 bis 16 Stunden arbeiten. Unsere Ärzte müssen nach 10 Stunden aufhören. Das heißt im Sommer können Sie keine ganze Schicht fahren, das ist ein Problem. Beim Thema Arbeitnehmerüberlastung haben wir horrende Kostensteigerungen gehabt, rein aus bürokratischen Themen. Wir haben aus dem Verkehrsministerium im Luftrecht ganz viele Themen. Wir haben auch aus dem Verteidigungsministerium jetzt mit dem Reservistengesetz ein Thema, da über die Hälfte unserer Mitarbeitenden im operativen Bereich von der Bundeswehr kommen oder eine Bundeswehrvergangenheit haben, könnten sie von heute auf morgen abgezogen werden, was den Rettungsdienst zumindest aus der Luft zum Erliegen bringen würde. Somit haben wir viele andere Bereiche.

Die **Vorsitzende**: Dann sind wir am Ende unserer Anhörung angelangt. Ich darf mich bei Ihnen allen sehr herzlich bedanken dafür, dass Sie hergekommen sind, auch bei denen natürlich, die

hergekommen sind und jetzt in dieser kurzen Zeit keine Frage beantworten konnten. Wir werden aber die Stellungnahmen, die Sie alle abgegeben haben, bei den anstehenden Beratungen berücksichtigen und dafür sorgen, dass wir das gute Gesetz, noch ein bisschen besser machen können. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen allen noch eine gute Restwoche. Wir werden uns sicherlich in den nächsten Wochen bei dem einen oder anderen Gesetz und in der einen oder anderen Anhörung hier wiedersehen.

Ende der Sitzung 16:24

gez.

Dr. Tanja Machalet, MdB
Vorsitzende