



Wortprotokoll der 176. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 9. Juni 2021, 14:15 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal 4 700) und
Webex-Meeting

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 4

- a) Antrag der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Notfallversorgung neu denken – Jede Minute zählt

BT-Drucksache 19/16037

- b) Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Im Notfall gut versorgt – Patientengerechte Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 19/5909

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Knoerig, Axel Lezius, Antje Nordt, Kristina Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Straubinger, Max Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Hoffmann, Dr. Bettina Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn 14:17 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, sehr verehrte Vertreter und Vertreterinnen der Bundesregierung, ich begrüße alle ganz herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung hier im Ausschuss für Gesundheit, wieder in einer Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting mit den Sachverständigen. Vorab möchte ich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer und die Sachverständigen bitten, sich über Webex mit Namen anzumelden. Das ist auch gleichzeitig dann die Bestätigung für die Teilnahme. Das Mikro bitte ausgeschaltet lassen! In der heutigen Anhörung geht es um zwei Anträge zum Thema Notfallversorgung, nämlich um den Antrag der Fraktion der FDP „Notfallversorgung neu denken – Jede Minute zählt“ und den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Im Notfall gut versorgt – Patientengerechte Reform der Notfallversorgung“. Meine sehr geehrten Damen und Herren, beide Antragsteller gehen davon aus, dass das System der Notfallversorgung in Deutschland reformiert werden muss. Die FDP fordert dazu unter anderem telefonisch und telemedizinisch erreichbare integrierte Notfallleitstellen, die eine zentrale Lotsenfunktion für die Patienten übernehmen. Darüber hinaus sollen integrierte Notfallzentren als Zentrale jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung geschaffen und der Rettungsdienst als eigenständiger Leistungsbereich beim SGB V hinzugefügt werden. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sehen es unter anderem als unerlässlich, dass die Ansiedlung von Notfallpraxen zur Versorgung ambulanter Notfälle an Krankenhausstandorten zwingend vorgeschrieben wird. Der Sicherstellungsauftrag für die integrierte Notfallversorgung soll auf die Länder übertragen werden. Weiter sollen integrierte Leitstellen etabliert werden und die BÄK darauf hinwirken, dass eine Fachärztin, ein Facharzt für Notfallmedizin eingeführt wird. Eine öffentliche Kampagne der BZgA soll die Bürgerinnen und Bürger über Strukturen und Hilfsangebote im Bereich der Notfallversorgung informieren. Das in aller Kürze über die Inhalte. Alles Weitere werden wir diskutieren. Bevor wir anfangen kurz einige Informationen zum Ablauf. Die Anhörung dauert insgesamt 60 Minuten. In dieser Zeit werden die Fraktionen ihre Fragen

abwechselnd, in einer festen Reihenfolge an die Sachverständigen stellen. Die Reihenfolge orientiert sich an der Größe der Fraktionen. Es geht immer eine Frage an einen Sachverständigen oder eine Sachverständige. Ich darf sowohl die Fragen als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen. Nur so können wir viele Fragen stellen und auch beantwortet bekommen. Die aufgerufenen Sachverständigen sollen vor der Beantwortung der Frage daran denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten und sich mit ihrem Namen und ihrem Verband vorzustellen. Sobald Sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie für uns auf dem Videowürfel hier im Saal zu sehen und zu hören. Des Weiteren bitte ich alle im Saal Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet 5 Euro für einen guten Zweck. Interessierte Besucher hatten die Gelegenheit, sich im Rahmen eines Kontingentes anzumelden und ohne Rede- und Fragerecht über Webex an dieser Anhörung teilzunehmen. Nach dieser Sitzung wird das Webexvideo in die Bundestagsmediathek eingestellt. Ich danke all denen Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Und wir beginnen jetzt mit den Fragen. Und die erste Frage stellt die FDP-Fraktion.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine erste Frage geht an die Einzelsachverständige (ESVe) Prof. Dr. Jochimsen. Wie bewerten Sie den vorliegenden Antrag der Freien Demokraten?

ESVe **Prof. Dr. Beate Jochimsen**: Den Antrag der FDP-Fraktion begrüße ich. Er ist anderthalb Jahre jetzt alt. Zu dem Zeitpunkt gab es großen Reformbedarf bei der Notfallversorgung. Seit diesem Zeitpunkt hat sich an diesem großen Reformbedarf nichts geändert. Die derzeitige Dreiteilung der Notfallversorgung erschwert eine bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten die Zuordnung zum ambulanten stationären Sektor. Bei gute einem Drittel der Patienten, die mit dem Rettungsdienst versorgt werden, ist keine Notfallindikation gegeben. Sie hätten auch gut ambulant versorgt werden können. Knappe Ressourcen werden so unnötig in Anspruch genommen und ökonomische Fehlanreize entstehen, indem beispielsweise Lehrfahrten vergütet werden. Eine Aufnahme des Rettungsdienstes ins SGB V könnte zumindest Letzte-



res beheben. Die vorgeschlagene verbindliche Kooperation von Rettungsdienst und dem ärztlichen Bereitschaftsdienst in integrierten Notfallleitstellen ist deswegen nötig. In diesen integrierten Notfallleitstellen sollte nach bundeseinheitlichen Standards die medizinische Ersteinschätzung erfolgen, damit eine optimale patientenwohldienliche Allokation an die bedarfsgerechten Leistungserbringer ambulant, stationär, Rettungsdienst, vielleicht aber auch Pflege oder Palliative Care Teams erfolgen kann. Die inzwischen eingeführte Software SmED ist ein erster, aber noch kleiner richtiger Schritt in diese Richtung. Daneben brauchen wir auch die integrierten Notfallzentren an, in oder unmittelbar bei Krankenhäusern mit einer integrierten Anlaufstelle, einen Tresen, an dem die qualifizierte Ersteinschätzung erfolgt, und zwar von einer Person, die unabhängig von unmittelbaren Interessen eines der Stakeholders, also zum Beispiel des Krankenhauses, ist. Als Letztes würde ich gerne die große Bedeutung, aus meiner Sicht, der digitalen Vernetzung hervorheben und dabei vor allen Dingen die ePA, der eine wichtige Rolle zukommt. Sie soll beinhalten ein Notfalldatensatz, der in medizinischem Notfall von Rettungsdiensten benutzt werden kann. Damit das funktioniert, muss die ePA flächendeckend vorhanden sein. Nur dann wird es den Rettungsdiensten in Stresssituationen zu Routine gereichen, diesen Notfalldatensatz auch abzurufen und zu benutzen. Er muss, wie die ganze ePA vollständig sein und nicht löchrig, damit auch eine qualifizierte umfassende Einschätzung und damit Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgen kann.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an den ESV Chwojka. Sie sind Geschäftsführer einer der größten Leitstellen der nicht polizeilichen Gefahrenabwehr im deutschsprachigen Raum und seit vielen Jahren mit außerordentlich viel Engagement und Erfahrung dabei, Leitstellenpersonal auszubilden und Leitstellen modern neu zu organisieren. Meine Frage an Sie: Unser Antrag, wie auch der Antrag der FDP, zielt darauf, eine integrierte Leitstellenversorgung in Deutschland zu etablieren, wo insbesondere die Nummern der 116 117 mit denen der 112 mindestens organisatorisch zusammengeführt sind. Inwieweit ist das sinnvoll und inwieweit ist darüber hinaus Reformbedarf im Bereich der Rettungsleitstellen?

ESV **Christof Constantin Chwojka**: Liebe Grüße aus Österreich. Ja, das ist alles dringend notwendig. Bei uns ist das schon langgelebte Praxis, wenn ich einen Vergleich zwischen Deutschland und Österreich ziehe, bitte verstehen Sie das nicht despektierlich, aber bei Ihnen geht es nur um Leitstellenzusammenlegungen, wo ist die Leitstelle, wer gewinnt, wer verliert. Das ist genau nicht das Thema. Es geht darum, den Patienten zum Best Point of Service zu steuern. So ist unser Credo. Da geht es nicht darum, wer macht wo was, sondern die Leitstelle lenkt den Patienten dorthin, wo er hingehört. Wir haben so den Leitsatz, der Patient soll kriegen, was er braucht, und nicht, was er gern hätte. Da ist es wesentlich, dass nicht der Patient wissen muss, wo er anruft, sondern dass die Leitstelle, das Callcenter den Patienten dorthin lenkt. Genau unter dem Zweck ist es natürlich völlig unumgänglich, dass man die Notrufnummern, die 116 117, den ärztlichen Bereitschaftsdienst, alle in ein System holt. Die müssen nicht unter einem Dach sitzen, die müssen in einem System arbeiten und dann anhand von klar strukturierten Algorithmen den Patienten dorthin kriegen, wo er hingehört und es nicht quasi vom Zufall abhängig machen, wo der gerade anruft, was für eine Art von Hilfe er kriegt. Also ja, Sie sind am richtigen Weg und das ist dringend notwendig, meiner Meinung nach.

Abg. **Michael Henrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den GKV-Spitzenverband. Wie ist Ihre Bewertung zu dem Vorschlag, den Sicherstellungsauftrag für eine integrierte Notfallversorgung auf die Länder zu übertragen?

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Für uns nicht so sehr die Frage, wer den Auftrag hat, sondern wer es erfüllt. Die Länder haben zum Beispiel auch den Auftrag, die Investitionen zu finanzieren, erfüllen es aber nicht. Insofern sind wir skeptisch, wenn hier ein Auftrag an die Länder weiter erfolgt. Ich glaube, es kommt darauf an, den bestehenden Auftrag bei der KV zu konkretisieren, zu konkretisieren, dass auch in jedem Eingangsbereich eines Krankenhauses eine entsprechende KV-Notdienstpraxis da ist, damit wir unnötige Krankenhausaufenthalte vermeiden und dafür sorgen, alles, was fallabschließend behandelt werden kann, vor Ort im Krankenhausbereich durch die KV zu erledigen. Von daher keine weitere Übertragung



eines abstrakten, nicht definierten Auftrags. Wie das konkret im Krankenhausbereich zu geschehen hat, sollte am besten durch den G-BA definiert werden.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht an den Deutschen Berufsverband Rettungsdienst. Wir haben im Januar eine Novellierung des NotSanG vorgenommen, in der wir Regelungen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten von NotfallsanitäterInnen geregelt haben. Sie schildern in Ihren Stellungnahmen, dass es trotzdem weiteren Regelungsbedarf beziehungsweise einer Klarstellung bedarf. Bitte schildern Sie uns die Hintergründe und um welche Klarstellung es sich aus Ihrer Sicht handelt.

SV **Frank Flanke** (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD)): Ja, es ist tatsächlich so, dass die Umsetzung bei weitem noch nicht gelebte Praxis ist, dass es weiterhin häufig an den ärztlichen Leitern scheitert, dass da wohl auch noch Unsicherheiten herrschen, was § 2a angeht. Wir haben zum Beispiel das Problem in Bayern jetzt gerade gehabt, dass Maßnahmen, die auf 2a berufen ergriffen wurden, und im Anschluss dann arbeitsrechtliche Konsequenzen folgten. Wahrscheinlich haben Sie das alle der Presse verfolgen können dieses Urteil aus Bayern. Hier muss dringend nachgesteuert werden. Vielleicht muss man auch den ärztlichen Leitern da noch eine gewisse Rechtssicherheit zugestehen, um dann das auch am Ende ins Leben zu rufen, damit wir den Patienten entsprechend helfen können.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an die BÄK. Wie sehen Sie die derzeitige Situation der Notaufnahme? Welche Probleme, sofern vorhanden, sollten oder könnten sofort behoben werden? Speziell dazu: Was halten Sie von den Ersteinschätzungsverfahren im GVWG, was dort vorgesehen ist, wenn ein Abfragemodul einfach praktisch zur Anwendung kommt. Könnte das auch Folgen für die Patienten haben, wenn dort nicht individuell nachgefragt wird?

SV **Dr. Klaus Reinhardt** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die aktuelle Situation der Notfallversorgung ist ja im Wesentlichen, das haben wir jetzt

mehrfach schon gehört, davon gezeichnet, dass die Inanspruchnahme häufig nicht passgenau ist, insofern Ressourcen, die unter Umständen sehr hochrangig sind, für Dinge verwandt werden, für die sie nicht gebraucht werden. Ich glaube, insofern, ist es richtig, sich darüber Gedanken zu machen, wie die Notfallversorgung neu organisiert werden kann. Die Integration der Versorgungsstrukturen ist sicherlich der Weg dahin. Wie weit die Integration geht, muss, glaube ich, nochmal in Ruhe überlegt werden. Da, finde ich, muss man alle Beteiligten, so einen vertragsärztlichen Notdienst wie aber auch der Notfallversorgung durch die Krankenhäuser die Gelegenheit geben, das vernünftig miteinander zu erörtern und dafür zu sorgen, dass auch Verantwortlichkeiten, Haftungsfragen vernünftig auf der einen Seite geklärt sind und auf der anderen Seite sichergestellt wird, dass Patienten angemessen und ideal versorgt werden. In Bezug auf die Ersteinschätzung sind wir der Auffassung, dass automatisierte Ersteinschätzungsverfahren definitiv unangebracht sind und einem qualitätsorientierten Gesundheitswesen sicher nicht gerecht wird. Sie können unter Umständen unterstützend miteingesetzt werden, aber eine Ersteinschätzung hat definitiv auch unter ärztlicher beruflicher Erfahrung oder zumindest an die berufliche Erfahrung auch anderer, im Notfallwesen verantwortlich Tätiger, zu geschehen. Ich glaube, dass tatsächlich nur auf diese Weise gewährleistet werden kann, dass tatsächlich die Menschen, die Patienten, die sich an das Gesundheitswesen wenden, am Schluss dort landen, wo sie idealerweise versorgt werden sollten.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an die DKG. Wie bewerten Sie die Forderung, die Leitung der integrierten Notfallzentren an die KV zu übertragen?

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Wir lehnen eine solche grundsätzliche Zuordnung ganz klar ab. Wir können überhaupt nicht erkennen, welchen Grund und welchen Vorteil es für die Patientinnen und Patienten bringen soll, wenn ein Vertreter, eine Vertreterin der KV oder eine beauftragte Person die Leitung einer integrierten Notfallaufnahme im Krankenhaus übernimmt, die im Wesentlichen mit den personellen und sächlichen Strukturen des Krankenhauses ausgestattet ist. Wir sind der Auffassung, dass diese



integrierten Notfallzentralen und Notfallzentren, wenn sie denn geschaffen werden, von denjenigen geführt werden sollen, der sie letztlich auch insgesamt verantwortet. Das kann durchaus auch kooperativ erfolgen, aber es gibt keinen Grund, hierfür eine grundsätzliche Regelung zu treffen, die quasi die Aussage trifft, die Struktur des Krankenhauses durch Vertretung der KV geführt werden. Das ist überhaupt nicht inhaltlich zu begründen. Insofern weisen wir auch den Verdacht zurück, dass die Krankenhäuser die Notfallaufnahmen nutzen würden, um ihre stationären Kapazitäten irgendwie medizinisch nicht notwendig zu füllen. Dafür gibt es weder einen Beleg, noch kann der MDK, der regelmäßig die stationären Aufnahmen prüft, dies entsprechend belegen. Insofern halten wir das für völlig unangemessen.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Die nächste Frage geht an die Björn Steiger Stiftung. Der Antrag FDP fordert einen eigenständigen Leistungsbereich im SGB V für den Rettungsdienst. Können Sie sagen, wie Sie dazu stehen?

SV **Ulrich Schreiner** (Björn Steiger Stiftung): Auf jeden Fall begrüßen wir das, denn der Rettungsdienst hat sich weiterentwickelt und der Zusammenhang mit der reinen Transportleistung für stationäre Behandlungen im SGB V passt einfach gar nicht mehr. Auch könnte man bei der Aufnahme im SGB V über das SGB V bundeseinheitliche Vorgaben für die Qualität des Rettungsdienstes machen, was heute komplett fehlt, weil wir haben einen völlig uneinheitlichen Rettungsdienst in Deutschland, also völlig anders der Rettungsdienst in Berlin als der in Stuttgart oder irgendwo auf dem Land. Es täte den Notfallpatienten mit Sicherheit sehr gut, wenn dann auf Bundesebene Qualitätsvorgaben gemacht werden. Was zusätzlich auch dann kommen kann, ist, dass der Rettungsdienst ambulante Versorgungen durchführen kann, zum Beispiel auch Partnerpraxen oder Hausarztpraxen anfahren darf, was im Moment eigentlich offiziell nicht geht. Die Digitalisierung im Gesundheitsdienst, die jetzt ja durch Corona auch durchstartet und auch durch das KHZG bietet da sehr viele Möglichkeiten. Es gibt auch einen Versuch der KV Hessen genau diese Partnerpraxen anzufahren und über die Leitstelle und die KV Patienten zu

steuern. Das wäre wirklich ein Argument für die Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständige Leistung im SGB V.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an den Deutschen Landkreistag. Da geht es um diese Frage der integrierten Notfallzentren. Die FDP fordert, dass das unter der Leitung von der KV sein soll. Wie bewerten Sie die Forderung?

SV **Jörg Freese** (Deutscher Landkreistag): Wir bewerten das sehr kritisch. Herr Dr. Gaß hat dazu eigentlich aus Sicht der Krankenhäuser schon alles gesagt. Ich will das nicht wiederholen. Es ist im Grunde gar kein Sinn darin zu erkennen, dass ein letztendlich klinikfremder Mensch diese Organisationseinheit leiten soll und tatsächlich zusammenarbeitet mit lauter Personal aus dem Krankenhaus den ganzen Tag. Insofern bringt es keinen Mehrwert, sondern das ist eigentlich nur ein Hemmschuh für die Organisation. Insofern lehnen wir das ab.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage an die Björn Steiger Stiftung. Welche besonderen Probleme sehen Sie bei der Notfallversorgung von Kindern und welche Lösungsansätze sehen Sie da?

SV **Ulrich Schreiner** (Björn Steiger Stiftung): Kindernotfälle sind mittlerweile ein größeres Problem, weil durch die Privatisierung der Kliniken die Vorkhaltung von Kinderbetten nicht mehr so lukrativ ist. Damit gibt es wirklich ein Defizit. Das heißt, man bräuchte eine bundesweite Planung für eine Versorgungsstruktur von Kinderkliniken und Notfallbehandlungen für Kinder und auf der anderen Seite eventuell über die Kinderarztpraxen eine Aktivierung und genau die müssten dann auch vom Rettungsdienst angefahren werden. Allerdings müsste man gucken, wie die Kinderarztausbildung ist, dass die auch eine entsprechende Notfallenerfahrung haben. Die können zwar in der Regel gut mit Kindern umgehen, aber Kindernotfälle sind auch manchmal selbst bei Kinderärzten nicht so die häufigsten. Wir wissen das von einem Kindernotfallsystem in der Pfalz, der oft seine Einsätze in Kinderarztpraxen fährt.



Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den ESV Dr. Poloczek. Sie sind ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes in Berlin und gleichzeitig Mitglied des European EMS Leadership Network, dem Zusammenschluss der europäischen großen Rettungsdienste. Wenn Sie gerade mit dieser europäischen Perspektive auf den Reformbedarf in Deutschland im Bereich des Rettungsdienst schauen: Was muss sich ändern, damit tatsächlich Notfälle, die dann nicht mehr in den Rettungsstellen, in den Notaufnahmen behandelt werden können, durch den Rettungsdienst qualifiziert anders versorgt werden können?

ESV **Dr. Stefan Poloczek**: Wenn man ins europäische Ausland schaut, dann fällt doch sehr auf, dass ich massiv immer Schwierigkeiten habe, das deutsche System zu erklären. Die Sektorengrenzen sind der absolute Tod für ein gutes Notfallversorgungssystem. Das macht sich an vielen Punkten klar. Das geht los bei den Leitstellen. Da hat Herr Chwojka schon was dazu gesagt, dass wir immer noch drüber diskutieren, dass wir unterschiedliche Leitstellen haben und die nicht zusammenbringen. In den Leitstellen, die ich gut kenne, in Kopenhagen, in London oder so weiter dort laufen die Nummern dort zwar mit verschiedenen Nummern, aber in einer Organisationsstruktur zusammen. Das System kann entscheiden, wo der Patient hin muss. Des Weiteren ist es ein absoluter Irrglaube, dass wir den Rettungsdienst einfach nur erlauben, die Patienten ambulant zu behandeln und damit die Notaufnahmen entlasten. Wir entlasten vielleicht die Notaufnahmen mit dem einen oder der anderen PatientIn, sorgen aber gleichzeitig dafür, dass der Rettungsdienst länger vor Ort sein muss, weil er sich um die Aufklärung kümmern muss, dass er eine abschließende Diagnostik machen muss, was möglich ist mit Telemedizin und so weiter, aber einen erheblichen zusätzlichen Ressourcenbedarf hat. Deswegen brauchen wir unbedingt eine gemeinsame Betrachtung aller dieser Themen. Drittes Beispiel, die Krankenhausplanung, die zu einer Versorgungsplanung erweitert werden muss, ist ein ganz wichtiger Punkt. Wenn ich im Ausland erzähle, dass wir in Berlin sechs Traumazentren haben, 16 Stroke Units und 25 Herzkatheterlabore rund um die Uhr besetzen, dann fragen mich alle ausländischen Kollegen, sag mal nochmal: Wie groß ist Berlin? Ach so 3,5 Millionen Einwohner. Warum braucht ihr da so

viele Kliniken? Auf dem Land sieht es sicherlich anders aus. Aber hier zu einer gemeinsamen Versorgungsplanung zu kommen, wäre eine absolute Notwendigkeit und es wird nicht mehr gehen in den jetzigen Strukturen. Ein letzter Punkt, der gemeinsame Tressen war ja ein großes Schlagwort. Irgendwie alles, was ich jetzt höre, scheint so zu sein, dass wir vielleicht noch einen gemeinsamen Tressen haben, aber dahinter sind wieder zwei Personen aus zwei Organisationen, das wird nicht funktionieren. Gemeinsamer Tressen heißt ein Tressen und auch eine Verantwortung.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Nachfrage da noch anknüpfend. Es ist mehrfach auch in anderen Beiträgen angeklungen. Patienten nicht im Krankenhaus zu versorgen bedarf dann auch einer anderen Vergütungsstruktur. Inwieweit verstehe ich Ihre Aussagen richtig, Herr Dr. Poloczek, dass letztlich eine Aufnahme des Rettungsdienstes ins SGB V Voraussetzung wäre, um ambulante Behandlungen, telemedizinische Behandlung und auch neue Versorgungsformen durch andere als ärztliche Versorgungsleistung dann über die Notfallrettung möglich zu machen?

ESV **Dr. Stefan Poloczek**: Die Aufnahme als eigenes Leistungssegment ist sicherlich eine zwingende Voraussetzung, weil wir sonst Limitationen haben, die wir nicht anders bewältigen können. Aber allein mit der Aufnahme und nur mit dem Reinschreiben des Rettungsdienstes ist es nicht getan, sondern natürlich müssen sich die Vergütungsstrukturen dementsprechend dann orientieren an den alternativen Versorgungsmöglichkeiten. Hier ist viel denkbar, als nur stationäre Aufnahme, ambulante Versorgung. Ich denke da auch an psychosoziale Hilfsdienste, die ganze Verknüpfung mit der Psychiatrie. Hier sehen wir einen enormen Einsatzzuwachs der letzten Jahre. Hier glaube ich, dass es auch nicht nur qualitativ besser wäre, sondern auch kosteneffizientere alternative Versorgungsformen geben muss.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV Spitzenverband. Wie kann gewährleistet werden, dass schwererkrankte Notfallpatienten und -patientinnen in ein geeignetes Krankenhaus trans-



portiert werden? Wie kann das sinnvollerweise geregelt werden? Welches digitale System informiert den Rettungsdienst, dass der Patient auch aufgenommen werden kann?

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): In der Tat haben wir ein unglaubliches Defizit in Sachen EDV. Sie können heute am PC jede Dschunke auf allen sieben Weltmeeren beobachten, wo sie hinfährt, wo sie herkommt, aber ein Rettungswagen verschwindet vom Bildschirm, wenn er über die Kreisgrenze fährt. Das heißt, wir brauchen ein einheitliches System, einheitlich für alle Leitstellen, dass Landräte selber entscheiden, welche EDV angeschafft wird, ist genauso absurd, als wenn Landräte ihre eigene Arzneimittelzulassung machen. Dieses gehört einfach auf eine ordentliche höhere Ebene mit einheitlichen Anforderungen, die dafür sorgt, dass jede Leitstelle entsprechend sämtliche Rettungsmittel im Blick hat. Es gibt hoffnungsvolle Vorgänge wie i-bena, wo auch in Echtzeit das Krankenhaus mitteilen kann, ob es freie Kapazitäten hat und im Augenblick aufnahmebereit ist. Das heißt also, wir brauchen auf der einen Seite eine Definition vom richtigen Krankenhaus, ein Schlaganfall muss halt in ein Krankenhaus mit Stroke Unit und nicht in irgendein Krankenhaus transportiert werden. Zum zweiten brauchen wir eine Echtzeitkommunikation per EDV, damit nicht wertvolle Minuten vergehen, weil der Rettungswagen umherfährt, um das richtige Krankenhaus zu finden oder umhertelefoniert, um ein aufnahmeberechtigtes Krankenhaus zu finden. Das geht einher natürlich mit einer Verpflichtung der Krankenhäuser, auch in Echtzeit ihre Aufnahmebereitschaft zu dokumentieren.

Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die BÄK. Wie bewerten Sie den Vorschlag, eine Fachärztin beziehungsweise einen Facharzt für Notfallmedizin einzuführen?

SV Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir würden feststellen, dass die Notfallmedizin ein interdisziplinäres Geschehen ist und insofern eine hohe fachliche Spezialisierung sowohl in den konservativen als aber eben auch in den operativen Fächern. Daher kann eine eigenständige Facharztintensität im Bereich der Notfallmedizin

die fachspezifische Versorgung nicht ersetzen. Bei der Notfallversorgung handelt es sich um eine Querschnittsaufgabe, die typischerweise mit einer Zusatzweiterbildung abgebildet wird und mehreren Facharztspezialisierungen offen steht und stehen muss. Für die präklinische Notfallversorgung existiert seit langem die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin, die bundesweit circa 50 000 Ärztinnen und Ärzte führen. In der Weiterbildungssystematik ist die notfallmedizinische Kompetenz breit abgebildet und unter anderem Inhalt der gebietsspezifischen Weiterbildung in vielen klinischen Fächern. Mit Beschluss vom 121. Deutschen Ärztetag 2018 zur Musterweiterbildungsordnung wurde explizit für die Notfallversorgung in interdisziplinären Notfallaufnahmen die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, die auf einem Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung zum Beispiel in den großen Fächern mit einem hohen Anteil an Notfallpatienten aufbaut, neu eingeführt. Die Lösung über die Zusatzweiterbildung erlaubt eine hochqualifizierte und adäquate Erstversorgung, Initialtherapie sowie Lotsenfunktion für eine anschließende abschließende fachspezifische Behandlung. In der Summe muss man sagen, sind wir der Auffassung, dass die aktuelle Regelung, wie von mir jetzt dargestellt, eine ausreichende und auch sehr vernünftige Form von Notfallmedizin ermöglicht.

Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU): Auch meine zweite Frage geht an die BÄK. Vorgeschlagen wird zudem, dass die zeitweise Tätigkeit in einer Notfallpraxis als verpflichtenden Teil der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin festzuschreiben. Wie ist Ihre Positionierung dazu?

SV Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Aus Sicht der BÄK ist in einer obligate Weiterbildungszeit für die Allgemeinmedizin in einer Notfallpraxis nicht erforderlich. Die Allgemeinmediziner sind vorrangig in der ambulanten Versorgung tätig und werden auch dort weitergebildet und damit in der Regel erster Ansprechpartner der Patienten und Patientinnen. Die Patientengruppen und Behandlungsfelder sind ohnehin vielfältig. Die Ausgestaltung der Facharztweiterbildung orientiert sich diese Ausrichtung und befähigt insofern auch zu einer ersten Akutbehandlung im ambulanten Be-



reich. Auf Basis ihrer Weiterbildung zum Allgemeinmediziner, neben der eigenen Praxis oder der Tätigkeit in einem MVZ, ist er erfolgreich auch jetzt schon in Bereitschaftspraxen, im mobilen Bereitschaftsdienst oder in Notfallpraxen an Kliniken tätig. Es ist daher aus unserer Sicht nicht ersichtlich und notwendig, dass die derzeitige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nicht zu einer qualifizierten Akutversorgung befähigt. Also insofern halten wir die obligate Weiterbildungszeit in einer Notfallpraxis für nicht erforderlich.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage an den GKV-Spitzenverband: Sollte das Rettungswesen ein eigenständiger Leistungsbereich der GKV im SGB V werden und damit Teil des Gesundheitswesens?

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Ich hoffe, dass im nächsten Koalitionsvertrag eine Grundgesetzänderung steht, die uns ermöglicht, dass das Rettungswesen Teil des Gesundheitswesens wird. Wir dürfen Rettungswesen nicht einfach nur als Transport begreifen, sondern die gesundheitliche Versorgung beginnt am Unfallort. Dementsprechend müssen von da an auch unsere Regularien bringen, damit die Leute an die richtige Stelle kommen, damit wir ein gestuftes System in diesem Staat einführen können, was im Wesentlichen durch Vorgaben des G-BA gemeinsam konstruiert werden kann. Man kann nur einheitliche Systeme bilden, wenn auch bundesweit der entsprechende Zugriff erhalten ist und nicht jeder Landkreis meint, eine Sondersituation zu haben.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an den Deutschen Feuerwehrverband. Sie sind in der Regel in vielen Fällen zuerst vor Ort, müssen koordinieren, auch mit Rettungsdiensten. Welche Erfahrungen haben Sie in der Praxis in der Problematik Notfallmedizin? Können Sie uns schildern?

SV **Thomas Weiler** (Deutscher Feuerwehrverband e. V.): Die Anträge, eine angelegte Systemänderung der Notfallversorgung, begrüßen wir grundsätzlich. Mit dieser Systemanpassung geht einher die Ausrichtung, dass die KV mehr in der Verantwortung der ambulanten Notfallversorgung macht und der Rettungsdienst um diese Akutfälle entlastet wird. In fast allen Ländern sind die Landkreise

und die kreisfreien Städte Träger des Rettungsdienstes, der Notfallversorgung und damit ein fester Bestandteil der Gefahrenabwehr. Mit der Übernahme des Rettungsdienstes ins SGB V als eigener Leistungsbereich greifen letztendlich hier die dort vorhandenen Mechanismen. Dies bedeutet letztendlich eine Abkehr von der bisherigen Gebührenfinanzierung der Rettungsdienste ...

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Wie beurteilen Sie den Vorschlag, ein einheitliches Vergütungssystem für den Bereich der gesamten Notfallversorgung zu etablieren, das die besonderen Versorgungs- und Vorhalteanforderungen berücksichtigt? Gehen Sie dabei gerne auf das bereits heute bestehende einheitliche Vergütungssystem für die ambulante Notfallversorgung ein.

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): In der Tat haben wir schon ein gemeinsames Vergütungssystem. Der EBM gilt sowohl für die Krankenhausnotfallaufnahme als auch für die niedergelassenen Ärzte. Man braucht aber eventuell eine Überarbeitung und Ergänzung dieses Systems. Was nicht ordentlich ausgebildet ist, das sind mehrstündige Beobachtungen. Ich nenne das mal eine Pritschenpauschale. Wenn die Mittel eines Krankenhauses notwendig sind, aber trotzdem eine Aufnahme sich aber nicht unbedingt anbietet, dann brauchen wir eine bessere Abbildung in diesem System. Insofern würde ich mir eine Erweiterung des jetzigen EBM-Systems und vielleicht auch etwas mehr Pauschalierung in diesem Fall vorstellen.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine nächste Frage geht an die Björn Steiger Stiftung. Wie bewerten Sie die Forderung nach integrierten Notfallzentren?

SV **Ulrich Schreiner** (Björn Steiger Stiftung): Wir unterstützen das natürlich auch, es ist eine unserer Forderungen schon lange. Es passiert heute, dass ein Patient in einer Notdienstzentrale wartet, dann irgendwann behandelt wird und man stellt fest, er doch ins Krankenhaus muss, weil dort Röntgen, CT oder MRT oder Labor ist. Das heißt, er muss ins Krankenhaus, wartet in der Notaufnahme. Das



würde alles bei integrierten Notfallzentren entfallen, weil im Prinzip Labor, Röntgen, MRT, all die Geschichten des Krankenhauses mitbenutzt werden könnten. Das hätte für den Patienten ein Riesenvorteil. Herr Chwojka hat vorhin gesagt, auf der Leitstelle Best Point of Service, genau das wäre mit den integrierten Notfallzentren auch. Das heißt, es ist alles in der Nähe erreichbar, was der Patient im Bedarfsfall benötigt. Egal, ob er am Schluss als ambulanter Patient nach Hause geht oder in die stationäre Behandlung kommt.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht nochmal an den Deutschen Landkreistag. Sie betonen in Ihrer Stellungnahme die Nähe des Rettungsdiensts zum Brand- und Katastrophenschutz. Da würde ich Sie bitten, das kurz auszuführen und vielleicht auch nochmal kurz Stellung zu nehmen zu den Aussagen, die es ja bereits gegeben hat, dass es besser sei, bundeseinheitliche Regelungen in der Notfallversorgung zu etablieren.

SV **Jörg Freese** (Deutscher Landkreistag): Die Nähe zum Brand- und Katastrophenschutz gibt sich historisch aus der Zuständigkeit der Länder für das Ordnungsrecht. Daher betreiben wir unsere integrierten Leitstellen, natürlich auch für alle drei Bereiche, was einfach sich auch kostenmäßig und auch inhaltlich bewährt hat. Wir sehen da im Moment keinen Grund, davon abzuweichen. Die Behauptung, es würde alles besser, wenn der G-BA das regelt, Entschuldigung Herr Prof. Hecken, Sie sitzen ja in der Runde, teilen wir nicht. Natürlich gelten Standards, und zwar bundesweit einheitliche Standards für die Medizinerinnen und Mediziner, die im Einsatz sind, denn es gibt medizinische Leitlinien natürlich auch für diese Einsätze und die gelten natürlich, und zwar für jeden. Insofern wissen wir nicht, was es da einer zusätzlichen Regelung bedarf. Ob die Hilfsfrist ein oder zwei Minuten länger oder kürzer ist, was einer der wesentlichen Unterschiede der Rettungsdienstgesetze ist, das hat mit Topographie und Besiedlungsdichte und vielen anderen Faktoren zu tun. Insofern ist es jetzt gesetzgebungstechnisch wesentlich besser auf Landesebene angesiedelt, als wenn der Bund da irgendwie eine kompensierte Regelung schaffen würde. Insofern plädieren wir uneingeschränkt für

den Status quo. Selbstverständlich gibt es kaum Bedarf einer Notfallversorgung, aber sicherlich nicht an der Stelle.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde die nächste Frage gerne an die ESve Dr. Johna richten. Wir haben gerade gehört, dass wir ein, nach Ansicht des Landkreistags ein hoch professionelles und funktionierendes System haben, was keinerlei Änderungen im Bereich der präklinischen Notfallmedizin bedarf. Ähnliches hört man auch teilweise in Bezug auf die stationäre Versorgung im Krankenhaus in der Notfallmedizin. Inwieweit sieht der Marburger Bund Änderungsbedarf in dem, was an integrierter Notfallmedizin zukünftig erforderlich wäre in der Präklinik oder in der Notaufnahme?

ESve **Dr. Susanne Johna**: Wir sehen als Marburger Bund relevanten Änderungsbedarf. Wir mahnen seit vielen Jahren an, dass die Notfallversorgung zusammengeführt werden muss. Herr Dr. Leber hat vorhin erwähnt, wie wichtig auch die fallabschließende Behandlung ist in der Notfallversorgung. Das ist richtig, denn wir wollen nicht, dass der Patient, der ärztlich gesehen wird, dann noch wieder zu anderen Ärzten geschickt wird. Das ist alles ist Ressourcenverschwendung. Wir brauchen die Vernetzung der Sektoren in diesem Bereich ganz besonders, wir brauchen sie sonst auch. Insofern ist eine gemeinsame medizinische Anlaufstelle wichtig. Das heißt dann aber auch, dass Ärzte tatsächlich vor Ort gemeinsam zusammen arbeiten, in der Regel am Krankenhaus, weil das nun mal die Stelle ist, die der Patient aufsucht. Es muss sich orientieren an dem, was der Patient an Versorgung braucht. Das heißt dann, dass es ganz einfach ist, die Patienten, und das wird bei der Notfallversorgung so oft vergessen, die besonders schwer krank sind, das ist sehr schnell klar, dem Rettungsdienst, dem Arzt, der Patient geht ins Krankenhaus. Es gibt auch Patienten, bei denen sehr schnell klar ist, dass sie nur leichte Beschwerden haben. Aber dazwischen gibt es sehr viel grau. Das ist oft erst am Ende nach der Diagnostik in der Notaufnahme klar, dass diese Patienten ambulant verbleiben können. Das heißt, die Patienten brauchen die Ressourcen des Krankenhauses zur Diagnostik und können dann trotzdem ambulant verbleiben. Deswegen ist es wichtig, dass dieses Patienten dann auch tatsächlich, und da



kam vorhin schon der Vorschlag mit einer verbesserten Vergütung, dem Krankenhaus die Möglichkeit gegeben wird, diese notwendige Diagnostik dann auszumachen und trotzdem dem Patienten nach dieser Diagnostik oder Überwachung nach Hause schicken zu können.

Abg. **Lothar Rietsamen** (CDU/CSU): Die Frage geht an die DKG. Wie bewerten Sie den Vorschlag einer medizinischen Ersteinschätzung unter Nutzung von Algorithmen-gestützter Systeme durch vom Krankenhaus weisungsunabhängiger Kräfte?

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Wir begrüßen zum einen das, was auch in den Anträgen formuliert ist, nämlich, dass im Rahmen dieser telefonischen Leitzentralen eine qualifizierte Beratung und Ersteinschätzung durch dort anwesende Personen erfolgt, die dann dazu führt, dass idealerweise eine gute und passende Steuerung in die entsprechenden Versorgungsstrukturen erfolgt. Die Personen, die dann im Krankenhaus beispielsweise in der schon vielfach angesprochenen integrierten Notfallzentrale ankommen, bedürfen im Krankenhaus nicht nochmal einem erneuerten Ersteinschätzungsverfahren, denn alle Krankenhäuser, die heute der Basisnotfallstufe zugeordnete sind, die der G-BA entsprechend definiert hat, müssen im Rahmen ihrer Notfallaufnahme ein entsprechendes Ersteinschätzungsverfahren haben, was auf 24 Stunden und sieben Tage in der Woche aktivierbar ist. Insofern brauchen wir hier keine zusätzlichen ergänzenden Ersteinschätzungsverfahren. Wesentlich ist aus unserer Sicht tatsächlich, die zunächst einmal zu erfolgende Steuerung im Rahmen der Erstkontaktaufnahme, wo der Patient den richtigen Weg zunächst einmal sucht, und dass dort die erste Lenkung erfolgt. In den Krankenhäusern selbst, in der interdisziplinären Notaufnahme und der integrierten Notfallzentrale ist die zusätzliche Etablierung eines solchen Verfahrens zumindest dann, wenn der Ort das Krankenhaus ist, nicht notwendig. Wie gesagt, alle Krankenhäuser verfügen über ein solches verpflichtendes Ersteinschätzungsverfahren.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht auch an die DKG. Sie fordern auskömmliche Vergütung der Vorhaltekosten- und ausreichende Investitionskostenfinanzierung. Ist Letzteres im Rahmen der bestehenden Finanzierungsaufteilungen GKV/Länder realistisch oder sollten hier andere Lösungen gefunden werden?

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): In der Tat, wenn man über die Investitionsfinanzierung jetzt konkret und ausschließlich bezogen auf diese möglicherweise zu etablierenden integrierten Notfallzentralen und Notfallaufnahmen in den Krankenhäusern anspricht, müsste man wahrscheinlich andere Wege finden. Es gibt durchaus beispielsweise den Weg, der heute von einigen Ländern auch schon gewählt wird, über den Strukturfonds derartige Investitionen zu refinanzieren. Das würden wir durchaus begrüßen. Wir haben in einigen Ländern so eine Art Investitionszuschuss, wenn die Krankenhäuser zum Teil gemeinsam mit den KVen sogenannte Bereitschaftsdienstzentralen in den Krankenhäusern einrichten. Aber ich glaube, wenn man hier eine generelle Regelung trifft, dass man derart integrierte Notfallzentralen in den Häusern schaffen möchte, dann müsste man eine konkrete Definition für die Investitionsfinanzierung finden. Der Strukturfonds, wenn er dann dauerhaft etabliert bleibt, wäre aus unserer Sicht ein geeignetes Instrument, was ja auch von beiden refinanziert wird, Bund und Länder.

Abg. **Lothar Rietsamen** (CDU/CSU): Die Frage geht an die KBV. Wie ist Ihre Bewertung zum Vorschlag, den Sicherstellungsauftrag für eine integrierte Notfallversorgung auf die Länder zu übertragen?

Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Es ist vorher schon angesprochen worden. Wir glauben nicht, dass die Übertragung des Sicherstellungsauftrags an der Ursache der Defizite in der Notfallversorgung irgendwas ändert, sondern wir glauben, dass die Vernetzung und die Nutzung der modernen digitalen Möglichkeiten, auch das vielfach schon angesprochen worden, eigentlich der Lösungsansatz ist. Vernetzung der 116 117 und der 112, Vernetzung des Rettungsdienstes mit einer vernünftigen Integration der Leistungsfähigkeit der medizinischen Dienste, auch



des Rettungsdienstes, Partnerpraxen sind angesprochen worden, die weitere Optimierung der Kooperation mit den Krankenhäusern vor Ort. Ich darf sagen, dass wir schon an 800 Standorten in Deutschland bereits mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV an Krankenhäusern tätig sind. Wir glauben, dass in dem Rahmen der Sicherstellungsauftrag, und möglichst bundesweit relativ einheitlich, auch erbracht werden kann, und es nichts bringt, den zu dezentralisieren und jetzt in die Länder zu verlagern.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht auch an die KBV in Ergänzung zu dem, was Sie eben gesagt haben. Sie haben in Ihrer Stellungnahme festgestellt, dass eine Notfallversorgung nicht dazu führen dürfe, bereits etablierte und funktionierende Strukturen auf eine neue Grundlage zu stellen. Können Sie da ein Beispiel bringen? Wie stellen Sie sich eine erfolgsversprechende Reform der Notfallversorgung vor? Welche Ansätze würden aus Ihrer Sicht dabei in die richtige Richtung gehen?

SV **Dr. Stephan Hofmeister** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Das ist für uns eine ganz wichtige Grundvoraussetzung, dass wir nicht so tun, als hätten wir hier eine katastrophale Notfallversorgung und nichts auf dem Hof. So ist es nicht. Wir haben sehr viel und wir haben vor allem etliche Mittel und vor allem auch etliches Personal, Fachpersonal in allen Bereichen, Rettungsdienst im medizinischen Bereich, ärztlich wie nichtärztlich. Die Ressourcen optimal einzusetzen, darum muss es gehen, genau zu schauen, an welchen Standorten ist eigentlich welche Vorhaltung zu welcher Uhrzeit machbar, sinnvoll, gewünscht und letztendlich auch mit Personal zu hinterlegen. Das zu optimieren wird maßgeblich davon abhängen, wie gut wir kooperieren, wie wir diese Sektorengrenzen überwinden und dazu dienen, digitale Medien, vorher wurde es gesagt, die Leitstellen, dafür müssen wir nicht neue Häuser bauen zwingend und alle in ein Haus setzen. Heute ist es digital möglich, so wie wir heute hier auch an verschiedenen Standorten wunderbar miteinander kommunizieren, zu kommunizieren in Echtzeit mit klarer Verfolgung, wer ist wann wo, wer hat wann wo welche Zeit, welche Kompetenz. Dazu brauchen wir möglichst einheitliche Systeme. Daran wird zu arbeiten sein,

da wird zu investieren sein. Man wird am einen oder anderen Standort sicher auch baulich was tun müssen, aber wir glauben nicht, dass es nötig ist, das Rad komplett neu zu erfinden, denn ganz so desolat sieht es ja am Ende doch nicht aus.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe noch eine Frage an die KBV. Sie wenden sich gegen die vielfach vorgeschlagene Zusammenlegung der Rufnummern 116 117 und 112. Worin sehen Sie die konkreten Nachteile einer einheitlichen Notfallrufnummer? Wäre der Aufwand zur Handhabung unnötiger 112-Anrufe ohne Lebensbedrohung nicht genauso hoch wie der Aufwand zur Einsatzlenkung bei einer einheitlichen Rufnummer?

SV **Dr. Stephan Hofmeister** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir glauben nicht, dass es ein großer Vorteil ist, die Nummern zusammenzulegen, da wir sie technisch hinterher zusammenlegen können. Die Bürgerinnen und Bürger haben, glaube ich, gut verstanden, dass es die 110 gibt und die 112. Die 112 ist mit ihrem Hauptaugenmerk auf zum Beispiel Brandschutz, also auf Feuer auch schon ausgelastet. Insofern ist es sinnvoll und zumutbar, und die Erfahrung in der Pandemie zeigt, die 116 117 wird immer mehr wahrgenommen als Nummer für präklinische Notfälle. Wenn sich das etabliert, dann ist das eine gute Maßnahme, die echte Notfallnummer 112 freizulassen für Fälle wie Opa liegt im Garten Die 116 117 für alles, was nicht ganz so bedrohlich und lebensnotwendig und akut ist, das, glaube ich, ist zumutbar. Wenn wir die technisch zusammenschalten hinterher, ist das auch überhaupt kein Problem, weil mit einem Knopfdruck können wir an die Feuerwehr übergeben, die Feuerwehr an uns, möglicherweise sitzt man sogar in derselben Leitstelle. Das ist also technisch überhaupt kein Problem.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an die DKG. Sehen Sie die Notwendigkeit, die Zusammenarbeit zwischen den Portalpraxen und den Notaufnahmen der Krankenhäuser durch gesetzliche Vorgaben näher zu regeln? Gehen Sie dabei bitte auf Ihre Erfahrungen aus der Praxis ein.



SV Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Wir glauben nicht, dass es eine grundsätzliche bundesweite Regelung geben muss, wie Portalpraxen, also die Bereitschaftsdienstzentralen der KVen und Notfallaufnahmen der Krankenhäuser zusammenarbeiten. Wir glauben aber, und da unterscheiden wir uns durchaus von einer ganzen Reihe von anderen Positionen, die hier vertreten wurden, dass es Aufgabe der Länder sein muss, in den Regionen zu beleuchten, welche Versorgungsangebote, welche Versorgungsmöglichkeiten für die ambulante Notfallversorgung existieren und dann entsprechend aus den Möglichkeiten auszuwählen, wer die Aufgabe in den Regionen jeweils übernehmen sollte, natürlich auch unter festgelegten Qualitätsbedingungen, Erreichbarkeitsbedingungen und ähnlichem. Dann ist es Aufgabe dieser Akteure vor Ort sich entsprechend zu organisieren. Das passiert in vielen Bundesländern schon. Herr Dr. Hofmeister hat ebenfalls darauf hingewiesen. Wir haben vielfach durchaus sehr funktionierende und vertrauensvolle Zusammenarbeiten zwischen Krankenhausstandorten und KVen. An anderer Stelle macht es der eine für sich ganz alleine für die Region oder der andere, aber wir brauchen, glaube ich, keine Definition und Fixierung einer Form von Zusammenarbeit, die sich in den Ländern und in den Regionen zum Teil sehr gut und konstruktiv bereits entwickelt hat, sondern wir müssen klarstellen, welche Aufgaben zu übernehmen sind und das muss natürlich dann auch von Kooperationsstrukturen erfüllt werden.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Meine nächste Frage geht ebenfalls an die DKG. Wie bewerten Sie die Forderung der FDP nach einer verbesserten telefonischen Beratung und eine Zusammenführung der Leitstellen zur Optimierung der Patientensteuerung? Sehen Sie weitere Defizite in der Patientensteuerung?

SV Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Wir halten das tatsächlich für den ersten sowie wichtigen und notwendigen Schritt, dass im Rahmen der telefonischen Erstkontaktaufnahme des Patienten, der Patientin mit einer entsprechenden Leitstelle eine qualifizierte Beratung zum einen stattfindet, was konkret wahrscheinlich vorliegt, um dann die entsprechende Vorselektie-

rung und Steuerung vorzunehmen. Wir sehen natürlich auch die Notwendigkeit, dass diese Leitstellen dann in der Lage sein müssen, auch den Patienten entsprechende Angebote zu machen. Damit meine ich beispielsweise, dass im Rahmen der üblichen Sprechstundenzeiten diese Leitstellen in der Lage sein müssen, vermeintliche wirkliche ambulante Notfälle, die keinen größeren und schwerwiegenden Behandlungsbedarf haben, dann in freie Slots vom niedergelassenen Arztpraxen zu integrieren, damit diese nicht in den Krankenhäusern und in den Notaufnahmen der Krankenhäuser ankommen, sondern diese Selektion dann auch tatsächlich funktioniert, denn nur dann wird ein Patient oder eine Patientin eine solche Steuerung auch akzeptieren, wenn man dann auch ein entsprechendes konkretes Angebot macht. Also das halten wir für eine ganz wichtige Maßnahme. Wie das technisch dann gelöst werden kann, dafür gibt es sicherlich unterschiedliche Möglichkeiten, aber, wir glauben, es ist richtig, dass der Patient eine telefonische Anlaufstelle hat, die qualifiziert erstein-schätzt, berät und dann entsprechend steuert.

Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich nochmal an die BÄK. Wie ist Ihre Einschätzung zu dem Vorschlag, ein bundesweit verbindliches Heilberufsgesetz zu schaffen, das eigenständige Befugnisse der Notfallsanitäter, Pflegekräfte und anderer Gesundheitsfachberufe gesetzlich festlegt und dabei an die Regelung zur Aus-, Weiter- und Fortbildung für den Berufszugang anknüpft?

SV Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Auf den ersten Blick klingt es vielleicht verlockend, die Regelung aller Heilberufe in einem allgemeinen Heilberufsgesetz zusammenzufassen. Das klingt bürgerfreundlich und verspricht leichtere Lesbarkeit. Aber genau das waren auch die Ziele, die man seinerzeit mit dem SGB einmal verbunden hat. Ich muss Ihnen als Abgeordneter des Gesundheitsausschusses nicht sagen, dass das beim SGB nicht wirklich gut gelungen ist. Es ist das Gesetz, das mit am häufigsten geändert worden ist in Deutschland und bei Weitem nicht das Verständlichste. Insofern das SGB setzt auf die berufsrechtlichen Regelungen auf ... So darf ein Arzt als Vertragsarzt nicht selten weniger Leistungen erbringen



als er im Studium und in anschließenden Weiterbildungen erlernt hat und beherrscht. Für viele sogenannter genehmigungspflichtige Leistungen benötigt er zusätzliche Qualifikationsnachweise. Ein Physiotherapeut benötigt, wenn er bei Kassenpatienten manuelle Therapien anbieten will, eine Zusatzqualifikation. ..., dass man mit einem allgemeinen Heilberufegesetz gar nicht das erreichen kann, was die Antragsteller wollen, nämlich Klarheit darüber, wer im Gesundheitswesen was machen darf und kann. Nebenbei, die Regelungen zum Berufszugang sind bereits jetzt bundesweit verbindlich, daher sehe ich Nachbesserungsbedarf an dieser Stelle eher bei den Heilpraktikern, die wohl bekanntlich gerade keine Heilberufe sind und nicht der Berufszugangsregel unterliegen. Also insofern sind wir der Auffassung, dass eine Gesetzesinitiative in diesem Sinne uns an dieser Stelle nicht weiterführt.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an die KBV. Wie sollte Ihrer Vorstellung nach der Betrieb der integrierten Notfallzentren vertraglich und organisatorisch geregelt sein? Wem sollte die Leitung obliegen?

SV **Dr. Stephan Hofmeister** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir sind im engen Dialog und im Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern, denn die Frage ist, wenn man räumlich an einem Ort ist, was es an vielen Orten, wie gesagt schon gibt, vielmehr, dass es nur einen Eingang geben darf. Zurzeit haben wir oft die Situation, dass wir eine ärztliche Bereitschaftspraxis haben, die zentrale Notaufnahme haben und der Patient kann sich die Tür aussuchen, zu der rein kommt. Herr Chwojka hat es ganz am Anfang gesagt, es sollte nicht der Patient sein, der aussucht, wo er hingehet, sondern wir sollten ihn steuern, weil wir wissen, welche Ressource am besten ist. Das heißt also ein Eingang und an diesem gemeinsamen Tresen muss gesteuert werden, dann hängt es von der Uhrzeit ab, wer ist da, um wie viel Uhr, welche Vorhaltung sind nachts. Wenn nur drei Leute kommen, wird dort nicht ein einzelner Arzt die ganze Nacht sitzen müssen. Das macht keinen Sinn. Umgekehrt, wenn das eine Region ist, die hochfrequentiert ist, in der viele traumatologische Notfälle sind, dann muss dort sicher ein Chirurg sein, dann wird das Krankenhaus mehr belastet

sein. Ich will damit sagen, wir brauchen einheitliche Standards, aber, und das ist häufig so in Deutschland, regionale Variabilität, um reagieren zu können. Wir brauchen in den Großstädten eher eine Konzentration, weil wir dort natürlich nicht an jedem Krankenhaus, Berlin wurde vorher schon genannt, so etwas machen können, dafür fehlen einfach die Ressourcen. Wir brauchen in manchen ländlichen Regionen eine Verstärkung sowohl der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses als auch der Vertragsärzte. Deswegen ist für uns die Frage, wer das leitet, insofern eher nachrangig. Wenn geklärt ist, wie die Kriterien und die Konditionen bei der Auswahl der Patienten, also bei der Triagierung sind sozusagen. Das ist entscheidend, dass da der Standard gesetzt wird, dass klar wird, was ist ambulant zu behandeln, und was muss stationär behandelt werden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an den Deutschen Berufsverband Rettungsdienste. Es geht, das haben wir jetzt gehört, oft um die richtige Zuweisung von PatientInnen in die entsprechenden Versorgungsstrukturen. Welche Rolle hat dabei der Rettungsdienst bei dieser Lotsenfunktion und welche Rolle könnte er darüber hinaus haben?

SV **Frank Flanke** (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD)): Letztendlich ist es so, dass wir das Problem haben, dass häufig eine Transportpflicht besteht oder zumindest von den ärztlichen Leitern dort erlassen wird und wir somit grundsätzlich immer transportieren müssen. Hier würden wir uns natürlich eine ganze Menge mehr an Auswahl wünschen. Das darf aber am Ende nicht dazu führen, dass Wege länger werden. Also wenn wir an integrierte Notfallzentren etc. oder Portalpraxen, was auch immer, denken, dann muss das natürlich auch in kürzester Zeit erreichbar sein, sonst haben wir wieder ein anderes Problem, nämlich, dass wir deutlich mehr Rettungsmittel brauchen, weil sie dann aus dem eigentlichen lokalen Geschehen raus sind. Das ist so ein bisschen unser grundsätzliches Problem. Und natürlich die Tatsache, dass wir häufig Patienten transportieren, die eigentlich überhaupt nicht in eine Klinik müssen. Hier brauchen wir Systeme, um die zu entlasten. Es ist heute schon oft genug gesagt worden,



wir brauchen die sektorenübergreifende Zusammenarbeit, ansonsten werden wir mit allen Dingen, die da noch kommen würden, wohlmöglich scheitern.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine letzte Frage geht an den Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst. Vorhin ist nochmal sehr kritisch angesprochen worden, dass doch im Grunde genommen heute alles gut funktionieren würde, insbesondere in der Patientensteuerung von unterschiedlichen Leitstellen, die Unterschiedliches tun. Inwieweit sieht Ihr Verband hier eine Notwendigkeit der stärkeren Verzahnung von 116 117 mit der 112, um Patientensteuerung wirklich vornehmen zu können?

SV Prof. Dr. Dr. Alex Lechleuthner (Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e. V. (ÄLRD)): Wir sehen aus der täglichen Praxis die Notwendigkeit der besseren Verzahnung der Rettungsleitstellen und der 116 117. Es gibt zahlreiche Projekte, die das bereits realisieren, und zwar sowohl in digitaler Form, dass die getrennt sind oder auch, wie es Herr Dr. Hofmeister vorhin schon sagte, in gemeinsamen Leitstellen, weil dann eben nicht mehr der Patient entscheiden muss, was ist das Richtige für mich, sondern weil dann die Fachleute in den jeweiligen angerufenen Zentren sozusagen durchstrukturierte Fragen, das SmED-System ist schon genannt worden, einheitlich herausfinden, dort, wo es möglich ist. Was ist das geeignete Mittel für diesen Patienten, kann es ein Hausbesuch sein, soll er in eine Praxis gehen, muss der Rettungsdienst kommen? Dadurch können Fehlsteuerungen oder Mehrfachalarmierungen vermieden werden. Wie gesagt, ich verweise nochmal auf die bestehenden Modellprojekte, die das eigentlich eindrucksvoll zeigen und die auch durch Auswertung gezeigt haben, dass die Überlappung gar nicht so groß ist, sondern dass es eben einen bestimmten Bereich, Frau Dr. Johna hat es vorhin als Graubereich bezeichnet, dieser Graubereich muss dann durch Standards und Strukturen beleuchtet werden und dann auch entschieden werden. Und dann ist das eine Verbesserung insgesamt.

Der **Vorsitzende**, **Abg. Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Vielen Dank. Wir sind am Ende unserer Anhörung

angekommen. Man sieht, dass sich alle dem jeweiligen Thema sehr gut anpassen können. Wir haben lange nicht mehr so viel Fragen und Antworten bekommen in einer Stunde. Man sieht, Notfallversorgung, Problem erkennen, schnell handeln, hat sich auch übertragen auf diese Anhörung. Außerdem, vielleicht haben das die Sachverständigen nicht so sehen können, wir tagen hier im Sitzungssaal des Landwirtschaftsausschusses unter einer Erntekrone. Und diese Erntekrone hat uns immer daran erinnert, dass wir irgendwann eine Entscheidung treffen müssen, wer der Herr von den Verbänden oder von den Akteuren den Hut aufhaben wird bei der Notfallversorgung. Deshalb haben wir jetzt die Sommerpause und können uns dann anschließend darauf vorbereiten, hier Entscheidungen zu treffen. Ich wünsche allen einen schönen Nachmittag.

Schluss der Sitzung: 15:21 Uhr

gez.

Erwin Rüdgel, MdB
Vorsitzender