



Wortprotokoll der 97. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 17. Januar 2024, 14:45 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting.

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 8

- a) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Notfallversorgung in Deutschland weiterentwickeln und Zugang zu Notfallambulanzen gezielter steuern

BT-Drucksache 20/7194

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit
und Verbraucherschutz
Ausschuss für Digitales
Ausschuss für Wohnen, Stadtentwicklung, Bauwesen und
Kommunen
Haushaltsausschuss

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

Medizinische Notfallversorgung schnell, qualitativ hochwertig und bezahlbar gestalten

BT-Drucksache 20/5364

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales
Haushaltsausschuss



- c) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Kay-Uwe Ziegler, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Rettungsdienst sofort retten

BT-Drucksache 20/8871

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales
Haushaltsausschuss

**Mitglieder des Ausschusses**

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



Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung Notfallversorgung

Mittwoch, 17. Januar 2024, 14:45 bis 15:45 Uhr
Paul-Löbe-Haus, Sitzungssaal E 300

Verbände/Institutionen

- Bundesärztekammer (BÄK)¹
- Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA)¹
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)²
- Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)¹
- GKV-Spitzenverband KdöR³
- Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (KBV)²
- Mobile Retter e. V.¹

Namentlich benannte Sachverständige

- Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach (Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt)²
- Dr. Matthias Gruhl (Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Allgemeinmedizin)¹
- Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke)¹
- Prof. Dr. Andreas Pitz (Hochschule Mannheim)¹
- Dr. Krystian Pracz (DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige AG)²
- Dr. Florian Reifferscheid (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands BAND e.V.)¹
- Ulrich Schreiner (Björn Steiger Stiftung Sbr)²
- Steffi Suchant (Techniker Krankenkasse, TK-Landesvertretung Sachsen-Anhalt)¹

¹ Auf Vorschlag der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

² Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

³ Auf Vorschlag der Fraktion der AfD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 14:45 Uhr

Einziger Tagesordnungspunkt

a) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Notfallversorgung in Deutschland weiterentwickeln und Zugang zu Notfallambulanzen gezielter steuern

BT-Drucksache 20/7194

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

Medizinische Notfallversorgung schnell, qualitativ hochwertig und bezahlbar gestalten

BT-Drucksache 20/5364

c) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Kay-Uwe Ziegler, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Rettungsdienst sofort retten

BT-Drucksache 20/8871

Die **amtierende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Guten Tag, sehr verehrte Damen und Herren, liebe Zuschauende, auch online und an den Fernsehgeräten, sehr geehrte Sachverständige hier im Sitzungssaal und die, die digital dabei sind, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich begrüße Sie herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die wieder eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting ist. An meiner Seite begrüße ich die Staatssekretärin Sabine Dittmar. Schön, dass Sie auch da sind.

Es ist unsere erste Anhörung im neuen Jahr 2024. Die erste Ausschusssitzung hatten wir bereits heute Morgen, aber an der Stelle Ihnen allen noch mal Glück, Gesundheit und uns gemeinsam ein gutes Händchen für die medizinische und pflegerische Gesundheitsversorgung der Menschen in unserem Land. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle Teilnehmenden, die per Webex zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihrem vollen Klarnamen anzumelden, dann ist Ihre Teilnahme für uns alle erkennbar, und die Mikrofone zunächst stummzuschalten. Wenn ich das richtig überblicke, haben das auch alle gemacht. Wir hören heute gemeinsam mit Ihnen als Sachverständige zwei Anträge an: Einerseits den Antrag der Unionsfraktion Notfall-

versorgung in Deutschland weiterentwickeln und Zugang zu Notfallambulanzen gezielter steuern, den finden Sie alle auf der Drucksache 20/7194, und ein Antrag der AfD-Fraktion mit dem Titel Medizinische Notfallversorgung schnell, qualitativ, hochwertig und bezahlbar gestalten, den finden Sie auf der Ausschussdrucksache 20/5364, sowie ein weiterer Antrag der AfD-Fraktion mit dem Titel Rettungsdienst sofort retten, den finden Sie auf der Bundestagsdrucksache 20/8871.

Ich werde einmal kurz sehr holzschnittartig umreißen, worum es heute geht: Sie als Sachverständige haben sich langfristig eingedacht in das Thema, aber diese Anhörungen werden auch im Parlamentsfernsehen übertragen und das ist wichtig für die Zuschauenden, dass die wissen, worum es hier heute im Kern geht. Sehr geehrte Damen und Herren, dass die Rettungsdienste und die Notaufnahmen in den Krankenhäusern häufig überlastet sind, das haben viele schon selbst erlebt und das ist allgemein bekannt und zu diesem Sachverhalt legen nun CDU/CSU und die AfD Anträge vor, die diese Situation adressieren und stellen entsprechende Forderungen auf.

So verlangt die CDU/CSU in ihren elf Punkte umfassenden Forderungskatalog beispielsweise eine umfassende Reform der Notfallversorgung: Rettungsdienste und Notfallambulanzen müssten entlastet werden, damit diese bei den sogenannten echten Notfällen eine qualitativ hochwertige Behandlung anbieten können. Außerdem werden nach Ansicht der CDU/CSU gesetzliche Steuerungselemente benötigt, die sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten, die nur nach telefonischer oder telemedizinischer Ersteinschätzung und mit einem Termin Zugang in die Notaufnahme erhalten. Für diese Ersteinschätzung sollen gemäß dieses Antrages die Möglichkeiten der Telemedizin ausgebaut und der flächendeckende Einsatz der elektronischen Patientenakte vorangetrieben werden. So könne, die Einschätzung der Unionsfraktion, eine schnelle, individuelle und effiziente Akutbehandlung gewährleistet werden.

Die AfD ist ebenfalls der Auffassung, dass die medizinische Notfallversorgung organisatorisch und hinsichtlich der Finanzierung reformiert werden muss. Denn, so führen sie das in Ihrem Antrag aus, die derzeitige Situation sei durch lange Wartezeiten und durch die Überlastung des Rettungsdienstes mit nicht eingehaltenen Rettungszeiten gekennzeichnet. Die Fraktion fordert unter anderem die



Einrichtung von Rettungsleitstellen als bundesweit alleinige telefonische Ansprechstelle bei medizinischen Notfällen und diese sollten dann die Patientinnen und Patienten gezielt an Arztpraxen oder Krankenhäuser weiterleiten. Außerdem wird ein gemeinsames Abrechnungssystem für ambulante Leistungen in Notfällen und eine Informationskampagne über die im Notfall zur Verfügung stehenden Hilfsdienste gefordert.

Das einmal zusammenfassend der Inhalt der Anträge, die wir heute mit unseren Sachverständigen zusammen besprechen. Jetzt gibt es noch ein paar Anmerkungen zu dem Ablauf der Anhörung: Die von Ihnen, die häufig hier sind, kennen das alle schon, aber es ist erforderlich, dass ich es immer noch mal vortrage und einige von Ihnen sind auch das erste Mal dabei oder noch nicht so oft da gewesen. Uns stehen ab dem Moment, wo die erste Frage gestellt wird, 60 Minuten für Fragen und Antworten zur Verfügung. In dieser Zeit werden die Fraktionen nach einer bestimmten Vereinbarung – wer wann wie dran ist, das hat etwas damit zu tun, wie groß die Fraktionen sind – abwechselnd Fragen an die Sachverständigen stellen. Es beginnen immer die Fraktionen, die die Vorlagen erstellt haben, somit zunächst die Union, dann die AfD. Für Frage und Antwort stehen immer insgesamt drei Minuten zur Verfügung und die halten wir auch ein, das heißt, wenn eine Frage lange dauert, ist weniger Zeit für die Antwort. Da oben läuft immer die Zeit mit, da können Sie sehen, wo Sie sich innerhalb der drei Minuten befinden. Die Sachverständigen sind gebeten, immer beim ersten Mal, wenn sie aufgerufen werden, das muss man nur einmal sagen, entsprechend der Regelung in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages anzuzeigen, wenn es finanzielle Interessensverknüpfungen mit dem Anhörungsgegenstand gibt. Die müssen dann offengelegt werden und das dient der Transparenz. Vielen Dank all Ihnen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Ich sagte es schon, wir werden mit dieser Anhörung live im Parlamentsfernsehen übertragen und später wird die Anhörung auch in der Mediathek abrufbar sein. Das Wortprotokoll der Anhörung wird wie immer auf der Internetseite unseres Gesundheitsausschusses veröffentlicht. Wenn Ihr Telefon klingelt, ich mache meins jetzt mal hier gerade aus, kostet das fünf Euro für einen guten Zweck. Den Gästen darf ich ein herzliches Willkommen sagen. Wir freuen uns, dass Sie da sind.

Sie dürfen aufmerksam zuhören, Sie dürfen aber weder Unmuts- noch Beifallsbekundungen zur Kenntnis geben und weder Fotografieren noch Filmen, das sehen die Regularien hier so vor. Das waren auch schon die Vorbemerkungen und jetzt beginnen wir mit der ersten Frage der CDU/CSU-Fraktion. Herr Pilsinger guckt so aufmerksam. Das heißt, Sie haben jetzt das Wort. Bitte.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Vielen Dank für die Erteilung des Wortes. Meine erste Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft: Wie sehen Sie die derzeitige Situation der Rettungsdienste und der Notaufnahmen, auch aus der Praxis heraus?

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

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft, keine finanziellen Interessen mit diesem Thema.

Vielen Dank, Frau Vorsitzende, Herr Abgeordneter, für die Frage. Die Situation in den Notaufnahmen hat sich in den vergangenen zehn Jahren, kann man sagen, und zunehmend auch in den letzten Jahren deutlich verschlechtert. Verschlechtert im Hinblick auf den Umstand, dass wir mehr Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen sehen, die nach näherer Betrachtung dort gar nicht ankommen müssten und insofern dazu führen, dass Ressourcen und Personal in Anspruch genommen werden, was für schwerwiegendere Notfälle gedacht ist. Wir sehen auch, dass diese Häufungen von Notfällen und dieser vermehrte Zulauf dazu führt, dass nach einer Abfrage, die wir gemacht haben, mittlerweile 90 Prozent aller Notaufnahmen angeben, dass sie schon Erfahrungen mit verbaler oder körperlicher Gewalt gemacht haben aufgrund des Drucks, der da ist, aufgrund der Situation, die dort vorherrscht. Wir wissen, dass 90 Prozent der Patienten eine Stunde oder deutlich länger zum Teil warten müssen. Wir wissen, dass nur 38 Prozent der Patientinnen und Patienten, die dort ankommen, am Ende in den Krankenhäusern stationär aufgenommen werden müssen, also entsprechend schwer erkrankt sind, dass sie nicht wieder nach Hause oder am nächsten Tag in den niedergelassenen Bereich geschickt werden können. Die Erhebungen sagen,



dass auch ungefähr 50 Prozent der Patienten, die dort ankommen, ohne die Diagnostik der Notaufnahmen versorgt werden könnten, wenn sie entsprechend im niedergelassenen Bereich ankämen. Das ist zum Teil zu den Zeiten schwer möglich, aber was wir zusammenfassend feststellen: Es fehlt ganz offensichtlich an Patientensteuerung, es fehlt zum Teil bei den Patienten auch an Gesundheitskompetenz, die vielleicht dazu führt, dass sie gar nicht in den Notaufnahmen ankämen. Wir müssen auch feststellen, dass unsere personellen Kapazitäten vielfach erschöpft sind, dass die Wege auch länger werden für die Patientinnen und Patienten, dass zum Teil damit für echte Notfälle die Situation schwieriger wird. Das ist besonders bedrückend. So die zusammenfassende Situation. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Dr. Gaß und jetzt hat das Wort für die AfD, Herr Sichert.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Vielen Dank. Meine erste Frage ginge an den GKV-Spitzenverband und an die Bundesärztekammer. Sie haben gerade schon ausgeführt, dass es darum geht, die echten Notfälle wirklich versorgen zu können.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Sichert, eine Frage und die geht dann an Herrn Dr. Leber.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Ok. Es gilt, Fehlanreize für den Transport ins Krankenhaus dringend zu beseitigen, deswegen die Frage: Wie beurteilen Sie vor dem Hintergrund die AfD-Forderung, den Rettungsdienst insgesamt, das heißt inklusive Transport und Leistungsbereich ins SGB V aufzunehmen und könnten Sie das bitte kurz begründen?

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

Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Dr. Leber, GKV-Spitzenverband. In der Tat ist es sinnvoll, das Rettungswesen in das Gesundheitswesen zu integrieren. Dieses ist auch eine Forderung, die im Koalitionsvertrag verankert ist. Derzeit haben wir die Situation, dass im Rettungswesen die Gefahrenabwehr dominiert und wir

keine einheitlichen Regelungen schaffen können. Dieses ist allerdings grundgesetzlich möglich, weil wir den Kompetenztitel Sozialversicherung haben und bundeseinheitliche Regelungen treffen können. Dieses ist sinnvoll, damit es nicht mehr weiter zur Überlastung der Krankenhäuser kommt. Wir müssen in eine Situation kommen, wo die Finanzierung des Rettungstransportes nicht mehr davon abhängig gemacht werden kann, dass ein Patient ins Krankenhaus gefahren wird, sondern wir brauchen auch andere Lösungen und dieses wird sinnvollerweise im G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] geregelt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr. Für die SPD erteile ich das Wort Frau Behrens.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. Dodt von der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin. Der Reformbedarf in der deutschen Notfallversorgung ist unbestritten. Die Regierungskommission hat dafür bereits umfassende Empfehlungen vorgelegt und auf dieser Grundlage hat das BMG gestern entsprechende Eckpunkte für eine Reform vorgestellt. Bitte erläutern Sie uns noch einmal grundsätzlich und prägnant, warum viele Notaufnahmen überlastet sind. Wie viele Patientinnen und Patienten müssten in die ambulante Versorgung und sind in der Notaufnahme falsch?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Dodt, bitteschön. Einmal das Mikro anmachen.

Prof. Dr. Christoph Dodt (Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)): Christoph Dodt, Mitglied des Vorstands der DGINA und ohne Interessenskonflikte. Frau Behrens, vielen Dank für die Frage. Um das kurz zu sagen, wir haben zwei Faktoren, die zu der Überlastung der Notaufnahmen führen. Der eine ist der Patientenansturm und das andere ist die Möglichkeit, diese Patienten aus der Notaufnahme in die stationäre Behandlung zu übernehmen. Thema der jetzigen Sitzung ist vor allen Dingen der Ansturm von Patienten und da ist es so, dass man sagen kann, dass ungefähr 20 bis 70 Prozent, so ist es



unterschiedlich, ambulant behandelt werden können, ohne dass man gleich automatisch sagen kann, dass das bedeutet, dass die auch in dem ambulanten System versorgt werden könnten. Das ist der eine Punkt. Es gibt viele komplexambulante Fälle, die die Mittel des Krankenhauses brauchen und die dann wieder entlassen werden können. Das sind zum Beispiel Verletzungen, die im ambulanten System in der derzeitigen Struktur nicht versorgt werden können. Wir wissen zum Beispiel aus München, dass die Patienten, die über ein gewisses Alter sind, 20 und älter, im Krankenhaus auftauchen, im Wesentlichen Verletzungen haben. Das sind 70 Prozent und das ist ein beträchtlicher Anteil. Dieser Anteil muss besser gesteuert werden. Dafür müssen Strukturen geschaffen werden, die das auch erlauben. Dazu ist es, glaube ich, wirklich entscheidend, dass man dann die Steuerung vor dem Krankenhaus deutlich verbessert, und eine Steuerung erreicht in Strukturen, die dann auch tragfähig genug sind, diese Patienten zu behandeln. Es ist auch so, dass der Anfall der Patienten altersabhängig ist bezüglich der stationären Aufnahme. Wir wissen, dass Menschen, die über 50 sind und ins Krankenhaus kommen, mehrheitlich im Krankenhaus stationär behandelt werden. Bei Kindern sind es lediglich 20 Prozent. Auch hier müssen spezifische Strukturen geschaffen werden, die altersgerecht eine Versorgung in einem ambulanten Bereich erlauben. Am Ende des Tages ist es ein Mangel an Personal für die Zahl der Patienten in den Notaufnahmen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank für Ihre Ausführungen und für die Union erhält jetzt das Wort Herr Mondstadt, bitte.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Danke sehr, Frau Vorsitzende. Ich möchte meine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Gerlach richten: Wie kann Ihrer Meinung nach eine qualifizierte Ersteinschätzung mit einer entsprechend effizienten und zielgerichteten Koordinierung der Notfallpatienten gelingen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr, Herr Prof. Dr. Gerlach, bitte.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach (Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt): Ferdinand Gerlach, Einzelsachverständiger, keine Interessenskonflikte. Eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung der Patientenanliegen ist absolut unverzichtbar und möglicherweise auch das Kernelement der ganzen Reform, denn nur dadurch kann eine bedarfsgerechte Einsteuerung der Patienten in die jeweils für sie individuell am besten geeignete Versorgungsebene gelingen. Es ist das Ziel, dass wir wegkommen von dem ungeplanten Chaos. Jeder geht irgendwo hin und es ist ein Zufall, wo er ankommt. Wenn ein Patient mit Kopfschmerzen kommt, dann muss zunächst geklärt werden: Was ist das für ein Kopfschmerz? Hat er zum Beispiel Spannungskopfschmerzen? Dann kommt in Frage eine Videokonsultation, vielleicht auch ein Termin in der Hausarztpraxis, vielleicht reicht sogar die Beratung und die Selbsthilfe. Es könnte aber auch Hinweise geben auf neurologische Ausfälle, auf eine Hirnblutung und dann muss ein Rettungsmittel eingesetzt werden. Genau das kann der Patient allein nicht entscheiden und unterscheiden. Deshalb muss so früh wie möglich eine qualifizierte Ersteinschätzung erfolgen. Diese muss standardisiert sein, sie sollte digital unterstützt werden und das ganze Gesundheitsversorgungssystem muss im Notfall quasi aus einem Guss agieren. Das bedeutet bei der 112 Rettungsleitstelle, bei der 116 117, den Leitstellen der KVen [Kassenärztliche Vereinigungen] und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, muss die gleiche Ersteinschätzung passieren, die gleiche standardisierte, digital unterstützte Software für die Ersteinschätzung laufen und nicht nur dort, sondern auch am zentralen Tresen, im integrierten Notfallzentrum. Und ganz wichtig: das sollten Sie nicht vergessen, auch im Rettungsdienst muss das gleiche Ersteinschätzungssystem verwendet werden. Wenn der RTW [Rettungswagen]-Fahrer, der NRW [Nordrhein-Westfalen]-Arzt, oder derjenige, der am zentralen Tresen steht, den Patienten als Erster sieht, dann muss es die gleichen Entscheidungen geben und die gleiche Einsteuerung in die richtige Versorgungsebene.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank und für BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Dr. Dahmen, bitte.



Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Karagiannidis fragen wollen: Prof. Dr. Karagiannidis, Sie sind Mitglied der Regierungskommission und haben mit der Regierungskommission zwei Stellungnahmen, die die Notfallversorgung in Deutschland adressieren, vorgelegt. Warum ist eine Notfallreform, wie sie hier in den Anträgen gefordert wird, wichtig, welche Teilbereiche sollte sie umfassen und sollte sie auch den Rettungsdienst beinhalten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Karagiannidis, Sie sind online dabei, bitte.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Christian Karagiannidis, Einzelsachverständiger, Universität Witten/Herdecke. Ganz analog zu den beiden Stellungnahmen der Regierungskommission und auch zu vielen vorangegangenen Stellungnahmen, unter anderem vom Sachverständigenrat, ist es klar, dass wir jetzt dringend und schnell eine fundamentale Reform sowohl der Notfallversorgung als auch im Rettungsdienst brauchen. Die Zahlen wurden eben genannt. Die Belastung der Notaufnahmen steigt immer weiter, ich glaube, das ist unstrittig und unbenommen. Wir sollten aber dazu sagen, dass gerade in der Primärversorgung im niedergelassenen Bereich auch eine unglaubliche Leistung erbracht wird und auch da eine Stärkung vorgenommen werden muss. Ich halte es für essenziell, analog zu dem, was der GKV-Spitzenverband eben gesagt hat, dass man den Rettungsdienst mitdenkt mit der Notfallversorgung und dass wir ihn überführen in das SGB V, wie die Regierungskommission das in ihrer letzten Stellungnahme empfohlen hat. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr. Für die FDP, Prof. Dr. Ullmann.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Christian Karagiannidis: Wie können integrierte Notfallzentren und Notfalleitstellen den klinischen Bereich entlasten und welche Anforderungen sind dazu nötig, um einen sinnvollen Mehrwert für die Notfallversorgung leisten zu können?

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

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Einzelsachverständiger, Universität Witten/Herdecke.

Sowohl die integrierten Leitstellen, das heißt die Zusammenführung und enge Kooperation der beiden gut etablierten Rufnummern in der Bevölkerung, der 116 117 und der 112, als auch die integrierten Notfallzentren sind der absolute Schlüssel für die Reform. Auf der einen Seite haben wir die große Chance, dass wir es schaffen, die Patienten dem richtigen Gesundheitsangebot zuzuführen und dazu gehört, dass man die Leitstellen nicht nur integriert und dass sie untereinander kommunizieren, dazu gehört auch, dass wir eine sehr strukturierte, qualitätsgesicherte und in Zukunft hoffentlich auch mit künstlicher Intelligenz unterstützte Abfrage machen, sodass der Patient sofort das richtige Angebot bekommt und auch mit einer hohen Wahrscheinlichkeit diejenigen rausgefiltert werden, die ein hohes Risiko haben, sich in den nächsten Stunden zu verschlechtern. Die integrierten Notfallzentren in den Kliniken sind insofern der absolute Schlüssel. Es gibt viele gute Beispiele in Deutschland, wo es auch schon läuft, dass Patienten, die nicht zwingend einer stationären Behandlung bedürfen, aber selbst nicht einschätzen können, ob sie jetzt so schwer erkrankt sind, ob sie das Krankenhaus brauchen oder nicht, entweder von der Praxis am Krankenhaus behandelt werden oder von der entsprechenden Notaufnahme. Ich glaube, das ist der absolute Schlüssel für die Entlastung der Notaufnahmen. Es ist aber elementar und absolut wichtig, dass wir das Ganze kooperativ und gemeinsam machen, weil ich glaube, in Anbetracht der demografischen Entwicklung und dem, was uns bevorsteht, wird es nur gemeinsam gehen und diese integrierten Notfallzentren sind der absolute Schlüssel dafür.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Das Fragerecht geht jetzt an die AfD, Herr Sichert. Bitte.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Meine nächste Frage geht an das Deutsche Rote Kreuz: Sie vertreten hier die Praxis aus dem Rettungsdienst. Nun konnte man zwar nicht bei Ihnen, aber bei den Johannitern



lesen, dass einer der Gründe dafür ist, warum die Zahl der Rettungsdienst-Einsätze noch stärker ist als der Anrufe beim Rettungsdienst, dass Leitstellenmitarbeiter selbst bei offensichtlichen Nicht-Notfällen einen Rettungswagen entsenden. Das geschehe aus Angst vor rechtlichen Auseinandersetzungen. Hätten Sie aus der Praxis eine Idee, wie man die Situation für die Mitarbeiter und damit für den Rettungsdienst, das heißt letztendlich vor allem für die Patienten und Beitragszahler, verbessern kann? Was halten Sie diesbezüglich von der AfD-Forderung, die Mitarbeiter von Regressforderungen freizustellen? Das ist ein Verfahren, was der Staat, wenn es ihm wichtig war, in anderen Bereichen auch schon gewählt hat.

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

René Burfeindt (Deutsches Rotes Kreuz (DRK)): Vielen Dank. René Burfeindt, Bereichsleiter Nationale Hilfsgesellschaft beim Deutschen Roten Kreuz, keine Interessenskonflikte.

Mir liegt diese Information im Detail von den Kolleginnen und Kollegen der JUH [Johanniter-Unfall-Hilfe] so nicht vor. In der Tat ist es aber eine Situation, die uns als größter Leistungserbringer im Rettungsdienst in Deutschland mit etwa 37 000 Mitarbeitenden und 5 000 Einsatzfahrzeugen auch so begegnet, in unseren Leitstellen, dass Bagatellanrufe hochstilisiert werden zu echten Notfällen. Ich glaube, man muss dazu einmal einordnen, dass es für den Patienten in der Situation subjektiv ein Notfall ist. Das muss man so festhalten. An vielen Stellen wird es mit Sicherheit auch daran liegen, dass andere Systeme nicht greifen und der Rettungsdienst das letzte Mittel ist, um den Patienten in dieser subjektiven Situation zu helfen. In der Tat ist es auch da ab und zu dann so, dass die Leitstellenmitarbeitenden nicht die Rechtssicherheit haben in den Abfragemasken, sodass sie auf andere Systeme verweisen können, erstens weil es manchmal gar nicht möglich ist, weil es keine integrierte Vernetzung dort gibt oder zweitens weil auch dort der Wunsch besteht, dem Patienten möglichst sinnvoll zu helfen und im Zweifel ein Rettungsmittel zu viel entsendet wird. Das Thema Rechtssicherheit für die Disponenten ist ein Thema, was man wahrscheinlich in dem Zusammenhang noch mal angehen sollte. Aber viel wichtiger ist für uns die Leitstelle

als zentrales Element der Patientensteuerung, weil aktuell der Patient sich selber mehr oder weniger zuordnet und definiert, was ein Notfall ist. Leitstellen müssen da in Zukunft sehr viel stärker als Gatekeeper agieren, um zu schauen, wie kann man denn die außerklinische Notfallversorgung entlasten, wie kann möglicherweise in Zukunft eine integrierte Leitstelle weiterentwickelt werden zu einer Gesundheitsleitstelle, die auf niederschwellige Angebote verweisen kann. Das können zum Beispiel Lösungen sein wie ein Gemeindefallsanitätär, Zugriff auf Pflegenotdienste, andere niedrigrschwellige Lösungen und auch die Disposition des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, um dort zu vermeiden, dass Rettungsmittel entsendet werden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank für Ihre Antwort und nun geht das Wort an Frau Vogler.

Abg. **Kathrin Vogler** (fraktionslos): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin: Zum Jahresbeginn war die Gewalt gegen das Personal in den Notaufnahmen wieder kurz im Blick der Öffentlichkeit. Das ist nicht neu. Die Aktion „Notaufnahmen retten“ hat Beschäftigte gefragt, ob sie innerhalb der vergangenen zwölf Monate Opfer von physischer, sexualisierter oder verbaler Gewalt geworden sind und bei 800 Antworten war das bei über 90 Prozent der Fall, bei der Hälfte sogar mehr als fünfmal. Das sind erschreckende Zahlen. Diese Aggression wird häufig auch durch lange Wartezeiten ausgelöst oder verstärkt. Teilen Sie die Einschätzung, dass Personalmangel in Notaufnahmen und damit verbundene lange Wartezeiten zu diesem Gewaltproblem beitragen und welche politischen Maßnahmen sind erforderlich, um das Problem zu lösen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Dodt, bitte.

Prof. Dr. Christoph Dodt (Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA)): Vielen Dank, Christoph Dodt, DGINA, ohne Interessenskonflikt. Das stimmt. Die Gewalt ist in den Notaufnahmen Tagesgeschäft, muss man sagen. Das liegt an der besonderen Situation der Patienten, ebenso wie an



der besonderen Situation des Personals, das in diesen Notaufnahmen arbeitet. Die Patienten sind geprägt durch die Unsicherheit bezüglich ihrer Krankheit, durch die Unsicherheit über das, was passiert mit ihnen und sind, sagen wir mal, in einer Abwehrhaltung und möglicherweise dann auch noch durch medizinisch-toxische Einflüsse betrunken oder nicht kontrollierbar. Damit umzugehen ist eine wirkliche Herausforderung für das Personal, erfordert eine hohe Professionalität, dazu wird geschult in der Notfallpflege und auch bei den Ärzten in Deeskalationsstrategien. Aber man muss bedenken, dass ein Faktor, der spielt hier auch eine Rolle, die Wahrnehmung der Patienten als Notfall ist und durch diese Selbstwahrnehmung, wenn die nicht ernst genommen wird, wird dann zusätzliches Aggressionspotenzial aufgebaut. Bei Patienten, die nicht in der Notaufnahme behandelt, sondern verwiesen werden müssen, ohne eine adäquate Wahrnehmung der Probleme, kann sich möglicherweise das Aggressionspotenzial noch weiter erhöhen. Das muss man mit bedenken, deswegen muss das sehr gut begründet sein. Am allerbesten wäre es, diese Patienten, die nicht den Behandlungsbedarf einer Klinik brauchen, erscheinen auch gar nicht in der Klinik. Dann kommt noch dazu, dass immer wieder Belastungssituationen durch die pure Zahl auch der berechtigt auftauchenden Patienten entstehen, da entstehen Stresssituationen und das muss man auch vermeiden. Man braucht immer eine Sicherheitsmarge des Personals oberhalb dessen, was der Durchschnitt ist. Sicher 85 Prozent muss abgedeckt sein und was dann noch drüber hinauskommt, da braucht man eine Sicherheitsmarge.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Dodt. Herr Dr. Wollmann für die SPD, bitte.

Abg. **Dr. Herbert Wollmann** (SPD): Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, meine Frage geht an Frau Steffi Suchant von der TK [Techniker Krankenkasse] Sachsen-Anhalt in Magdeburg: Frau Suchant – wir haben öfter darüber gesprochen –, ich komme noch mal zurück auf den Rettungsdienst, der in jedem Landkreis mittlerweile oder insgesamt anders organisiert und finanziert wird. Wir haben schon mal gesprochen über die Übernahme in das SGB V. Wie sehen Sie das aus Ihrer Lage, was die Kosten der Krankenkassen angeht?

Vielleicht könnten Sie noch mal auf das Problem der sogenannten Leerfahrten eingehen. Sind die kostenträchtig oder führen die zu Krankenhausaufnahmen, die nicht erforderlich wären aus Ihrer Sicht?

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Frau Suchant, Sie sind online dabei. Sie haben jetzt das Wort.

Steffi Suchant (Techniker Krankenkasse, TK-Landesvertretung Sachsen-Anhalt): Steffi Suchant, Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Sachsen-Anhalt, keine Interessenkonflikte. Für uns ist die Integration in das SGB V fundamental, weil wir davon ausgehen, dass mit einer gemeinsamen Rechtsgrundlage auch die Rahmenbedingungen für die Organisation der Notfallversorgung besser gestaltet werden können. Die Kassen beteiligen sich bereits an der Organisation, wenn es in Richtung KV-Notarzt geht und ähnliches. Gerade für ein Flächenland ist es wichtig, dass hier eine Organisation aus einer Hand erfolgt. Zu den Fragen der Leerfahrten hatten wir auch schon gesprochen. Wir sehen die Grundlage im SGB V deshalb auch als geeignet an, Doppelstrukturen abzuschaffen bzw. sicherzustellen, dass auch die Notfallrettung zu ihrem Vergütungsrecht kommt. Bei den Leerfahrten ... Kurz zur Erläuterung: Wenn jemand einen Rettungswagen anfordert, dann nicht mitgenommen wird, werden diese Rettungsfahrten nicht bei der Kasse abgerechnet, sondern laufen letztendlich als Kostenblöcke in die Vergütungsstruktur des nächsten Jahres ein. Lediglich wenn ein Notarzt vor Ort war, dann wird diese Leistung vergütet. Hier könnte man durch eine gemeinsame Koordination des Zugangs – Wann ist eine Rettungsfahrt notwendig? Wann ist ein ambulanter KV-Dienst notwendig? – einmal schon sicherstellen, dass keine unnötigen Fahrten ausgelöst werden und zum zweiten, dass auch die Ressourcen, die wir in den Ländern zur Verfügung haben, effizient eingesetzt werden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank und für die Union, Dr. Kippels, bitte.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank. Ich würde gerne eine besondere Form des Rettungseinsatzes ansprechen, wenn Eilbedürftigkeit und Entfernung zusammentreffen. Deshalb



meine Frage an Herrn Dr. Krystian Pracz von der Deutschen Luftrettung: Welche Hindernisse für die Luftrettung sehen Sie heute bei einem Einsatz, sowohl hinsichtlich der Einsatzanforderung und der Einsatzentscheidung als auch hinsichtlich der technischen Verfügbarkeit bzw. Einsatzfähigkeit des Fluggeräts. Stichwort Sichtbarkeit, Nachtflug, Geräteflug, Instrumentenflug und Ähnliches?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Pracz, Sie haben das Wort, bitte.

Dr. Krystian Pracz (DRF Stiftung Luftrettung): Krystian Pracz, Vorsitzender der gemeinnützigen Stiftung Luftrettung. Vielen Dank für die Frage. Wir haben fast ausschließlich regulatorische und gesetzliche Hindernisse. Hindernisse beim Einsatz der Hubschrauber in den gerade beschriebenen Fällen. Das sind Einschränkungen beim Fliegen in der Nacht, die technisch nicht nachvollziehbar sind, aber durch Vorgaben einzuhalten sind. Es sind Dinge, die mit dem Instrumentenflug zusammenhängen, den die Hubschrauber heute alle leisten können, aber wo die Genehmigungen sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene fehlen. Damit verbunden wird ein Fluggerät und ein Rettungsmittel, das 24 Stunden verfügbar ist, nur zum Schönewetterflieger degradiert, sobald die Randbedingungen nicht mehr optimal sind. Das ist am Tag nicht so schlimm, dort haben wir 83 Rettungsgeräte in Deutschland in Betrieb, aber nachts reduziert sich das auf 16 und dadurch verschlechtert sich die Versorgungsqualität über dieses Rettungsmittel massiv. Hinzu kommt noch, dass es häufig zu falschen Einsätzen kommt oder nicht richtig disponierten Einsätzen kommt, weshalb wir insbesondere hier großen Wert darauflegen würden, zum einen die Dispositionsregeln bundesweit einheitlich zu gestalten und zum zweiten den Disponenten zu stärken: einmal mit einer entsprechend qualifizierten und einheitlichen Ausbildung und zum zweiten in seiner Entscheidungskompetenz, die sich an diesen Dispositionsregeln eng klammert, weil die rechtliche Situation für den Disponenten eine sehr schwierige ist. Das sind alles Dinge, die schnell umsetzbar sind und die insbesondere, und das ist, glaube ich, in der aktuellen Lage sehr wichtig, nur zu geringfügigen Mehraufwendungen finanzieller Natur führen, denn alles ist da.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Dahmen für die Grünen, bitte.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Pitz fragen wollen: Wir haben jetzt mehrfach gehört, dass es wichtig ist, den Rettungsdienst als Teil einer Notfallreform mitzuregeln. Wie könnte man das juristisch tun und wäre es verfassungsrechtlich zwingend erforderlich, dass das einer zustimmungspflichtigen Konstruktion eines solchen Gesetzes obliegt oder kann man das auch zustimmungsfrei in einem Gesetz regeln?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Pitz, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Andreas Pitz (Hochschule Mannheim): Andreas Pitz, Einzelsachverständiger, keine Interessenkonflikte.

Vornweg geschickt müssen Sie sich zunächst einmal klar machen, dass aus rein rechtswissenschaftlicher Sicht wir beim Rettungsdienst über einen hoch grundrechtsrelevanten Bereich reden. Da geht es nicht nur sprichwörtlich um Leben und Tod. Von daher glaube ich sogar, ist es von Verfassungen wegen geboten, dass man diese sehr rudimentären im SGB V ausgestalteten Ansprüche, die im Transport, in der Krankenbehandlung mit drin sind, entsprechend ausformuliert. Stichwort Wesentlichkeitstheorie: Das Wesentliche muss der Gesetzgeber regeln. Das könnte man gut tun, indem man zum Beispiel in der Krankenbehandlung erstmal einen grundsätzlichen Anspruch regelt und dann im § 60 SGB V, der derzeit die Transportleistung regelt, die detaillierten Regelungen zu den Ansprüchen der Versicherten und im § 133 SGB V quasi das Pendant des Leistungserbringerrechts regelt. Da könnte man sehr wohl mit Finanzierungsregelungen arbeiten. Man könnte mit entsprechender Begründung sogar noch weiterdenken, Stichwort Annexkompetenz. Dass man da eine Zustimmungspflichtigkeit hätte, sehe ich erstmal nicht. Wir reden über den Bereich der Sozialversicherung und in dem kann der Bund zunächst, ohne dass er die Länder beteiligen muss, entsprechende Regelungen treffen. Was an der Stelle aber wichtig ist, ist, dass man sich, wenn man die Stellungnahme der



Regierungskommission ernst nimmt und solche Dinge wie zum Beispiel die pflegerische Notfallversorgung in den Blick nimmt, dann auch entscheiden muss, wo bringt man solche Regelungen unter, um wieder ein einheitliches System zu bauen. Da würde es sich vermutlich auch anbieten, dieses gesamte Paket im SGB V abzubilden. Wie schon gesagt, der § 60 SGB V bietet da gute Möglichkeiten. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr. Jetzt hat für die FDP das Wort Prof. Dr. Ullmann.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Reifferscheid. Können die eigenständigen Befugnisse der Notfallsanitäter, Pflegekräfte und der anderen Gesundheitsfachberufe weiter gestärkt werden? Wenn ja, welche Ansatzpunkte gäbe es hierzu und welche positiven Effekte könnte dies auf die Notfallversorgung haben?

Die **amtierende Vorsitzende**: Das ging an Dr. Reifferscheid, ist das richtig? Dann haben Sie jetzt das Wort, bitte.

Dr. Florian Reifferscheid (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands BAND): Okay, vielen Dank für die Frage. Florian Reifferscheid, ich bin Vorsitzender der Bundesvereinigung der Notarbeitsgemeinschaft und habe keine finanziellen Interessenkonflikte. Da die Probleme vor allem im sogenannten Low-Code-Bereich liegen, in den Einsätzen, wo es nicht um unmittelbare Lebensgefahr geht, glaube ich, dass man sehr gut die Kompetenzen von Gesundheitsfachberufen, Notfallsanitätern, Pflegekräften stärken und einen guten positiven Beitrag zur Lösung des Problems leisten könnte. Das könnte vor allem darin bestehen, dass man bundeseinheitliche Standard-Arbeitsanweisungen erarbeitet, zum Beispiel anhand des sogenannten Pyramidenprozesses was die Notfallsanitäter angeht, und zum Beispiel Maßnahmen definiert, die Pflegekräfte eigenständig durchführen dürfen, ohne vorher einen Arzt konsultiert zu haben, beispielsweise das Wechseln eines Dauerkatheters in einem Altenpflegeheim, wofür heute häufig Patienten in die Klinik gefahren

werden, um dann direkt wieder zurückgefahren zu werden. Durch die Definition einer sogenannten funktionellen Selbstständigkeit der Gesundheitsfachberufe könnte man hier einen Beitrag leisten, die Motivation, die Berufszufriedenheit der Mitarbeitenden zu steigern, damit vielleicht auch die Verweildauer in den jeweiligen Berufen erhöhen und insofern auch zu einer Entlastung des Notarztdienstes, aber auch der Notaufnahme in den Krankenhäusern beitragen. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Für die AfD, Herr Sichert.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Vielen Dank. Meine Frage geht noch mal ans Rote Kreuz. Sie haben vorher gesagt, dass eines der Probleme das Nebeneinander von verschiedenen Systemen ist. Was halten Sie vor diesem Hintergrund von der von der AfD hier vorgebrachten Forderung, dass man bundesweit gemeinsame Rettungsleitstellen als alleinige telefonische Ansprechpartner für die Hilfesuchenden im medizinischen Notfall unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 112 schafft, die das Nebeneinander von KV und Rettungsleitstellen beenden und dass dort künftig auch unter Nutzung von im nichtmedizinischen Alltag schon etablierter Techniken wie Videoanrufe etc. eine ärztliche Einschätzung und eine Zuordnung des Falls in eine der drei Kategorien Bereitschaftsdienst der KV bzw. Krankenhaus oder Rettungsdienst erfolgen kann?

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

René Burfeindt (Deutsches Rotes Kreuz (DRK)): Vielen Dank für die Frage. René Burfeindt, Rotes Kreuz, weiterhin keine Interessenkonflikte. Im Kern hatte ich Teile Ihrer Frage auch schon beantwortet eben. Ich führe das gerne noch mal aus. Uns geht es darum, dass die drei Säulen der Notfallversorgung – ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahme in den Krankenhäusern – besser integriert werden miteinander. Da haben wir ein paar Punkte, die ich gerne mitgeben würde, die, glaube ich, gut dazu passen, was Sie gerade gefragt hatten. Das eine ist mit Blick auf die Leitstellenstruktur: Halten wir erst mal fest, den Rettungsdienst sehen wir weiterhin als Aufgabe der



Länder. Es ist richtig und notwendig, dort zu schauen, dass die Länderverantwortung weiter im Fokus steht beim Rettungsdienst. Die Versorgungsbedarfe in der Fläche sind unterschiedlich und in den Ländern bekannt. Das ist eine Möglichkeit, dort flexibler zu agieren als bei bundesweiten Vorgaben. Das ist ein Punkt, den ich hier einmal festhalten möchte. Das zweite ist, was ich eben in Teilen schon beantwortet hatte: Der Patient selbst definiert für sich den Notfall und da ist es wichtig, dass die Leitstelle als zentrales Element der Patientensteuerung dann generiert wird. Ich hatte es Gatekeeper-Funktion genannt und auch dahingehend Kommentare gegeben, dass es eine Weiterentwicklung zu einer Gesundheitsleitstelle geben sollte und das schließt alles ein, was Sie gesagt haben. Das eine ist das Thema Integration von niederschweligen Angeboten, um unterscheiden zu können, was sind wirkliche Notfälle, was kann möglicherweise auch woanders hin. Telemedizin ist mit Sicherheit ein wichtiges Instrument in diesem Zusammenhang und, ich hatte es gesagt, die Disposition des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, denn nur so kann aus unserer Sicht eine Reform der Notfallversorgung gelingen. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr und Herr Heidenblut für die SPD, bitte.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Ja, vielen Dank. Meine Frage geht an Herrn Dr. Reifferscheid von BAND e. V.: Erachten Sie die Einführung eines Facharztes für Notfallmedizin als sinnvoll, wie es die Regierungskommission in ihrer vierten Stellungnahme gefordert hat?

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

Dr. Florian Reifferscheid (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands BAND): Ja, Florian Reifferscheid für die BAND. Vielen Dank für die Frage. Ich glaube, dass die Einführung eines Facharztes für Notfallmedizin für das Thema prähospitaler Notfallmedizin nicht unbedingt die Lösung sein kann, weil wir damit in einen Engpass an Personal steuern würden, der zumindest am Anfang die Problematik eher vergrößern würde, weil wir einfach viel zu wenig

Ärztinnen und Ärzte haben, die diese Qualifikation kurzfristig erwerben können für die Zahl der Notärztinnen und Notärzte, die wir brauchen. Ich sehe den Vorteil eines Facharztes für Notfallmedizin eher im innerklinischen Notfallmedizinbereich, im Bereich der Notaufnahmen, wo diese Spezialisierung einen wesentlichen Beitrag leisten könnte. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr. Für die Union, Frau Stöcker, bitte.

Abg. **Diana Stöcker** (CDU/CSU): Ja, vielen Dank. Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Ulrich Schreiner von der Björn Steiger Stiftung: Wie können aus Ihrer Sicht die Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger beim Thema Notfallversorgung gestärkt werden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Schreiner, Sie sind digital dabei und haben jetzt das Wort, bitte.

Ulrich Schreiner (Björn Steiger Stiftung): Ulrich Schreiner, Björn Steiger Stiftung, kein Interessenkonflikt.

Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist schwierig zu erreichen. Ich denke, wir brauchen eher ... Der Bürger hat ein Problem und der Bürger sucht einen Ansprechpartner, sprich das sind diese Leitstellen, die die Gesundheitsberatung durchführen können, um dem Bürger praktisch ein adäquates Ergebnis zu liefern. Das heißt, zu steuern, ich brauche den Rettungsdienst, brauche einen Hausarzt, brauche einen Pflegedienst und das muss umgesetzt werden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Für die SPD, Frau Rudolph, bitte.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde meine Frage gerne an Herrn Dr. Gaß für die DKG richten, und zwar bezieht sie sich auf die vierte Stellungnahme der Regierungskommission und konkret den Vorschlag, integrierte Notfallzentren an 450 Kliniken in Deutschland einzurichten, zu denen dann auch KV-Notdienstpraxen gehören würden. Ich würde gerne wissen, ob



Sie die flächendeckende Vorhaltung solcher Strukturen inklusive KV-Notdienstpraxen in Deutschland für realistisch halten und ob solche integrierten Notfallzentren an allen Krankenhäusern etabliert werden sollten.

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

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, Frau Abgeordnete, für die Frage. Gerald Gaß, Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Es gibt eine Vielzahl von Vorschlägen, die sich auf die Anzahl der integrierten Notfallstellen richtet, die wir möglicherweise brauchen, um eine flächendeckende Absicherung zu erhalten. Die Zahl 450 ist von der Regierungskommission ins Feld geführt worden. Die Krankenkassen selbst sprechen von gut 700 Anlaufstellen, die wir brauchen. Die Krankenhäuser machen den Vorschlag, zunächst einmal an allen Krankenhäusern mit Notfallstufen derartiges vorzusehen. Das sind dann um die 1 000 Krankenhäuser. Ich will aber vorausschicken, dass es letztlich ein Stück weit auch entscheidend ist, wie gut es gelingt, die Prozesse zu organisieren, die wir alle anstreben, die ich hier auch mehrfach im Ausschuss gehört habe und auch in den verschiedenen Anträgen und in den Vorschlägen des Bundesgesundheitsministeriums gehört habe; und ob es uns gelingt, die Zahl der Patientinnen und Patienten, die heute fehlgesteuert in diesen Notaufnahmen ankommen, deutlich zu verringern. Das hat dann auch ein Stück weit einen Einfluss darauf, wie viele Stellen ich brauche, zumindest in den Ballungsgebieten, denn dann verringert sich auch die einzelne Inanspruchnahme der Notfallstelle. Dazu kommt: Inwieweit gelingt es beispielsweise auch über telemedizinische Beratung und Angebote, Wege, Zeiten ein Stück weit zu reduzieren für die Patientinnen und Patienten, die nicht zwingend vor Ort dann zunächst mal vorgestellt werden müssen. Das will ich gerne vorausschicken. Wir plädieren deutlich dafür, dass wir mindestens mal auf die Zahl gehen, die die Krankenkassen vorgeschlagen haben, das sind gut 700. Wir würden sogar dafür plädieren, noch etwas darüber hinaus zu gehen. Was wir aber unbedingt vorschlagen, das findet sich in manchen Vorschlägen, dass diese Aufgabe der Zuordnung am Ende die sektorübergreifende

Krankenhaus- oder Versorgungsplanung der Länder übernehmen sollte, die dann in den Regionen entscheidet, inwieweit hier noch Versorgungslücken sind oder nicht, um dann im Einzelfall auch solche INZ [Integrierte Notfallzentren] zuzuweisen. Das wäre unser Vorschlag. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr, Dr. Gaß. Für die Union jetzt Herr Rüdchel, bitte.

Abg. **Erwin Rüdchel** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an die KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]: Wie sieht für Sie konkret ein sogenannter gemeinsamer Tresen in den Notfallzentren aus? Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit diesem Konzept gemacht und wie sollte dieser rechtlich ausgestaltet werden? Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Hofmeister, Sie sind online dabei. Das ging an Sie, Sie haben jetzt das Wort.

Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ja, vielen Dank. Stephan Hofmeister, Kassenärztliche Bundesvereinigung, keine Interessenkonflikte.

Vielen Dank, Herr Rüdchel, für die Frage. Der gemeinsame Tresen heißt für uns vor allem, dass für alle Fußgänger, so nenne ich das, die nicht planmäßig in ein Krankenhaus kommen, nur ein Eingang da ist. An diesem Eingang muss, das haben Vorredner schon gesagt, eine einheitliche Ersteinschätzung standardisiert erfolgen. Die kann auch durchaus nicht ärztlich erfolgen mit entsprechend qualifiziertem Personal. Das sollte deutschlandweit gleich sein und digital so aufbereitet werden, dass man diese Information weitergeben kann, sowohl ins Krankenhaus als auch zurück ins ambulante System oder auch in den Rettungsdienst, sofern das dann möglich und nötig wird. Dieser gemeinsame Tresen wird je nach Uhrzeit entsprechend besetzt. Das hängt stark vom zu erwartenden Patientenaufkommen ab. Das kann stark variieren nach Uhrzeiten, nach Tagen, Brückentagen, Feiertagen. Darauf stellen sich die Regionen dann ein. Rechtlich kann dieser gemeinsame Tresen nur von einer Institution geführt werden. Das muss das Krankenhaus sein oder die KV. Es kommt nicht so sehr darauf an, wer das macht, solange das Verfahren standardisiert ist,



solange klar ist, was dort gefragt wird, wie sortiert wird und wie dann die Anbindung der verschiedenen Versorgungsebenen verbindlich und möglicherweise auch je nach Tageszeit und Jahreszeit auch unterschiedlich geregelt wird; sprich Rückführung ins ambulante System, Übergabe an die Notfallambulanz des Krankenhauses, Übernahme durch die Bereitschaftspraxis der KV vor Ort oder gar stationäre Aufnahme oder Aufnahme in die Intensivmedizin oder in den Schockraum. All das würde als Ergebnis dann herauskommen. Das wäre unsere Vorstellung eines solchen gemeinsamen Tresens. Der Tresen sortiert vor und bestimmt dann das für den Patienten geeignetste und vom System lieferbare Versorgungsniveau. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr. Das Fragerecht geht jetzt wieder an die Grünen, Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne den Einzelsachverständigen Dr. Matthias Gruhl fragen wollen: Herr Dr. Gruhl, Sie haben als leitender Autor für die Bertelsmann Stiftung unlängst eine umfassende Stellungnahme mit erarbeitet, die sich noch mal mit einem Neustart zur Umsetzung einer Notfallreform in Deutschland nach den gescheiterten Versuchen in der Vergangenheit beschäftigt hat. Was ist Ihres Erachtens ganz entscheidend, was in einer Notfallreform sein sollte, und handelt es sich dabei um ein wichtiges, dringliches Projekt der Gesundheitspolitik in Deutschland oder eher eine Nebenbaustelle?

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

Dr. Matthias Gruhl: Danke. Dr. Matthias Gruhl, Staatsrat a. D., keine Interessenkonflikte. Ich glaube, die Frage selbst ist inzwischen in diesem Gremium beantwortet. Die Notfallversorgung ist eines der wesentlichen Steuerungselemente unseres Gesundheitswesens, weil es einen Zugang bedeutet und damit in die Relation Personal zu Bedarf einfließt. Das heißt, wenn wir die Notfallversorgung gut steuern, haben wir weniger Personalprobleme, nicht nur in den Praxen, nicht nur im

Rettungsdienst, sondern auch im Krankenhaus. Das heißt, hier gibt es eine große Notwendigkeit der Kongruenz und diese herzustellen. Dazu brauchen wir den Dreiklang: Wir brauchen eine durchgehende Rettungskette zwischen dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, dem Rettungsdienst und den Krankenhäusern und immer mit der Perspektive, möglichst nicht die höchste, sondern die notwendige Versorgungsstufe zu erreichen. Das heißt, es muss an jeder Stelle Bypass-Möglichkeiten geben, die aus der Notfalkette wieder herausführen. Sprich, es muss im ärztlichen Bereitschaftsdienst die Möglichkeit geben, zu sagen, gehen Sie morgen zu Ihrem Hausarzt; es muss im Rettungsdienst die Möglichkeit geben, zu sagen, ich rufe jetzt den Bereitschaftsarzt, das reicht, Sie müssen nicht ins Krankenhaus; es muss aber auch die Möglichkeit geben, und das ist ganz wichtig, dass der Rettungsdienst ohne finanzielle Nachteile sagt, Sie brauchen keine weitere Hilfe, es reicht, wenn ich Ihnen einen Pflegenotdienst schicke. Daher sollte man immer versuchen, die untere Stufe der Versorgung zu erreichen. Insofern ist dann eine wesentliche Frage, ob man den bisherigen Bypass-Zugang, den wir haben, per Pedes ins Krankenhaus ohne Voreinschränkung zu gehen, noch der richtige ist und ob er wichtig ist. Natürlich können wir für solche Fälle einen Tresen herstellen, aber es ist genauso gut denkbar, dass wir hier dem Vorschlag der CDU in ihrem Antrag näher treten, die da sagen, wie in anderen Ländern, dass der Zugang zu den Versorgungsstufen nur nach einer Ersteinschätzung und auf Termin möglich ist und nicht die Möglichkeit besteht, direkt in die Krankenhäuser hineinzugehen, ohne dass sich in irgendeiner Form ein Fachmensch diese Frage vorher angesehen hat. Wenn man diesen Dreiklang, diese Steuerung und diese, sagen wir mal, Downgrading-Möglichkeiten beachtet, glaube ich, wäre man schon ein riesiges Stück weiter und das mangelt im Augenblick an allen Vorschlägen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Dr. Gruhl und nun für die FDP erneut Prof. Dr. Ullmann, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Es geht die Fragestellung an den Einzelsachverständigen Dr. Pracz von DRF [DRF Stiftung Luftrettung]. Sehr geehrter Herr



Dr. Pracz, die Bundesregierung ist im Prozess, verschiedene Reformen im Gesundheitswesen anzustoßen, um eine schnelle und zielgerichtete Patientenversorgung zu ermöglichen. Welche Maßnahmen sollten aus Ihrer Sicht ergriffen werden, um zum einen eine besonders sinnvolle Verknüpfung zwischen den Sektoren zu gewährleisten und zugleich auch in komplexen Zugangslagen eine möglichst zeitnahe Patientenversorgung sicherzustellen?

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

Dr. Krystian Pracz (DRF Stiftung Luftrettung): Vielen Dank für die Frage. Man muss ein bisschen differenzieren. Das Wichtigste im Moment ist, dass man die Chance nutzt, noch ein bisschen vor dem Spiel zu sein, auch wenn wir spät dran sind, aber die Einzelbetrachtung der Krankenhausreform oder der Veränderung des Bodenrettungsdienstes oder nur des Luftrettungsdienstes ist definitiv nicht zu tun, sondern nur die gemeinschaftliche Betrachtung dieser drei Komponenten ist durchzuführen. Ansonsten schafft man sehr unterschiedliche Rahmenbedingungen und trifft aber nicht die Bedarfe, die daraus entstehen und es werden sich viele Sachen entsprechend verändern. Der zweite Punkt für besonders dringliche Thematiken, das hatte ich eben schon angesprochen: Wir disponieren zurzeit noch nach teilweise standardisierten, teilweise überhaupt nicht standardisierten Verfahren, die in sich starr sind, weil eben die Disponenten eine gewisse Rechtsunsicherheit haben. Hier sollte man sich modernerer Technologie bedienen, die heute in der Zwischenzeit auch verfügbar ist, nämlich – das geflügelte Wort KI in der Stimmanalyse bis hin zu sehr flexiblen Auslegungen von Wissen über den Patienten, wenn die Daten verfügbar werden. Das Thema Digitalisierung in der Disposition und Stärkung des Disponenten ist insbesondere für schwierige, zeitkritische Situationen von besonderer Bedeutung.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Für die SPD, Frau Baehrens.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an Herrn Prasse von dem Mobile Retter e.V.: Erachten Sie die Einbindung einer Ersthelfer-

Suche und -Alarmierung in etablierte Apps staatlicher Stellen, wie etwa Nina, für realistisch und zielführend?

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

Stefan Prasse (Mobile Retter): Stefan Prasse, Geschäftsführer des Gemeinnützigen Vereins Mobile Retter e.V., keine Interessenkonflikte. So wie ich das einschätze und auch weiß und gehört habe, sowohl aus dem BBK [Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe] als auch von der Herstellerseite, ist es ausdrücklich gewünscht, dass die Nina-Warn-App genau die Funktionen bereitstellt, die sie jetzt bereitstellt und nicht darüber hinaus noch einen größeren Funktionsumfang hat. Man kann gewisse Dinge verknüpfen, dazu gibt es auch Überlegungen, aber die smartphonebasierte Ersthelfer-Alarmierung in diese Nina-Warn-App mit einzubauen, würde am Thema vorbeigehen und würde auch der Usability nicht gerecht werden, was auch ein kritischer Faktor ist bei der smartphonebasierten Ersthelfer-Alarmierung bei den vorhandenen Apps. Insofern glaube ich, das ist nicht sinnvoll und das ist auch nicht gewünscht von den entsprechenden Stellen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön und Herr Dr. Kippels hat erneut das Wort für die Union.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank. Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Gerlach: Welche Rolle können Telemedizin und digitale Lösungen im Rahmen der Notfallversorgung einnehmen, um Patientinnen und Patienten in Notfallsituationen schon im Vorfeld besser zu steuern? Ich würde da gerne auch den Fokus auf ältere Patientinnen und Patienten legen wollen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Gerlach, bitte.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach (Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt): Ferdinand Gerlach, Einzelsachverständiger. Ältere wie Jüngere werden zunehmend digital



kompetent und wenn wir diese Technologien anbieten, dann so einfach wie möglich. Für Patienten gibt es zum Beispiel jetzt schon Apps, die auf das standardisierte Ersteinschätzungssystem zurückgreifen. Patienten können dann zum Beispiel testen, was ist das für ein Kopfschmerz, um das Beispiel noch mal aufzugreifen, ist das gefährlich, an wen muss ich mich wenden? Dann kann auch zum Beispiel entschieden werden, rufen Sie die 112 oder 116 117 an oder gehen Sie in die Praxis. Das stellt die KBV zum Beispiel jetzt schon bereit. Es gibt noch eine zweite Ebene. Darüber haben wir hier schon einiges gehört. In den Leitstellen müssen die Profis digital entsprechend unterstützt werden. Das heißt, wir brauchen für die beiden Leitstellen, für die Disponenten dort, wie schon erwähnt, für den Tresen im integrierten Notfallzentrum, aber auch für die Rettungsassistenten und Notärzte in den Rettungsmitteln, im Rettungsdienst die gleiche standardisierte Ersteinschätzung, die unterstützt wird. Die ist organisch quasi genau die gleiche, wie die, die auch der Patient sieht. Es gibt nur eine Patientenansicht, die etwas einfacher ist. Die Profis haben die Profi-Ansicht. Darüber hinaus gibt es noch eine weitere Ebene. Wir werden zukünftig hoffentlich mehr telemedizinische Lösungen anbieten, sowohl per Video als auch per Telefon. Sie können auch dorthin geroutet werden, wenn Sie irgendwo anrufen. Da kann wahrscheinlich in ungefähr 30 Prozent der Fälle fallabschließend der Patient eine Anamnese durch einen qualifizierten Arzt erhalten, vielleicht irgendwann auch vom Chatbot vorgescannt werden. Er kann aufgeklärt werden, er kann beruhigt werden, er kann angeleitet werden zur Selbsthilfe. Das ist gerade auch bei älteren Menschen per Telefon möglich. Es kann demnächst ein E-Rezept ausgestellt werden, es kann eine eAU [elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung] ausgestellt werden, es kann hoffentlich dann auf die ePA [elektronische Patientenakte] zurückgegriffen werden und somit haben wir ein hervorragendes Instrument für Beratung, für Steuerung und dieses wird auch für ältere Menschen verfügbar und geeignet sein.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Prof. Dr. Gerlach und für die AfD, Herr Sichert.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Meine nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband: Was halten Sie

von dem Vorschlag der AfD, den Mitarbeitern in den Rettungsleitstellen sofort zu ermöglichen, neben Rettungsdienst-Einsätzen und Einsätzen des qualifizierten Krankentransports auf Basis der Schilderung der jeweiligen Lage durch den Anrufer auch andere Dienste wie Pflegedienst oder kommunale Einrichtungen der Altenhilfe zu vermitteln oder einfach ein Taxi zum Anrufer zu schicken und sie diesbezüglich von Regressforderungen freizustellen?

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

Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Herr Leber, GKV-Spitzenverband.

Es ist sinnvoll, nicht in allen Fällen den Rettungstransportwagen zu ordern, niedrigschwellige Transportmöglichkeiten sollten genutzt werden. Auf der anderen Seite gibt es auch ein Missbrauchspotenzial. Nicht jeder kann sich selbst wünschen, ob er mit Taxi zum Arzt gefahren oder zum Krankenhaus gefahren wird. Und auch aufgrund der Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung kann es keine generelle Regressfreiheit geben. Wir haben die Aufgabe, die Wirtschaftlichkeit zu überprüfen. Aber was wichtig ist, ist, dass man in einem digital strukturierten Einschätzungsmechanismus klar regelt, wann unterhalb des Rettungswagens andere Transportmittel möglich sind. Dieses könnte Teil der Steuerung sein in den neuen Leitstellen, genauso wie wir die Steuerung haben, die Abwärtstriage von 112 auf 116 117. So könnte auch dieser Bereich, sagen wir mal, durch eine geordnete Triage aufgrund eines digitalen Systems die jeweils notwendige Stufe, so wie das Herr Dr. Gruhl geschrieben hat, angesteuert werden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Für die Grünen erneut Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde noch mal den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Pitz fragen wollen. Es ist jetzt mehrmals angeklungen, dass es sich ja bei dem Thema Rettungsdienst eigentlich um Gefahrenabwehr handelt und gar nicht um Gesundheitsversorgung. Wie steht das im Einklang damit, dass die Sozialversicherungen



wesentliche Kosten dafür übernehmen? Wie bewerten Sie diese Einordnung und inwieweit ist es möglich und sinnvoll, aus welcher rechtlichen Herleitung hier bundeseinheitliche Regelungen zu treffen und das Ganze nicht in regionaler Vielfalt überall in Deutschland anders zu organisieren?

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

Prof. Dr. Andreas Pitz (Hochschule Mannheim): Andreas Pitz, Einzelsachverständiger. Nüchtern betrachtet hat sich das über viele Jahre eingebürgert, dass man im Rettungsdienst von Gefahrenabwehr redet. Wahrscheinlich, weil überall Blaulicht auf dem Dach ist, ich weiß es nicht. Aber rechtlich betrachtet ist es primär Gesundheitsversorgung. Jetzt darf man nicht außen vor lassen, dass es auch Situationen geben kann, wie ein Massenansturm von Verletzten oder Katastrophen, wo es eben auch Verletzte gibt. Aber die haben immer noch, und ich glaube, da ist dann auch die Brücke, als Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung Ansprüche gegen die GKV [gesetzliche Krankenversicherung]. Wenn man sich jetzt vor Augen führt, dass es letztlich der Anspruch auf Krankenbehandlung ist, den ich als gesetzlich Krankenversicherter habe, der vom Rettungsdienst am Ende realisiert werden muss und dann auch von den Kassen finanziert werden muss, dann ist es schwer nachzuvollziehen, wieso beispielsweise ein Patient, ein GKV-Versicherter, in einem Bundesland 15 Minuten warten soll, bis der Rettungswagen kommt, und im anderen Bundesland 10 Minuten, wenn er doch den einheitlichen Anspruch gegen seine gesetzliche Krankenversicherung hat; ich habe es vorhin gesagt, in einem hochgrundrechtsrelevanten Bereich. Da sind die Spielräume, die von Verfassungen wegen vorgegeben sind, sehr eng, wenn man da beispielsweise den Nikolaus-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts heranzieht. Vor dem Hintergrund glaube ich, dass es einen einheitlichen Rechtsrahmen gibt und die GKV in die Lage versetzt werden muss durch den Landesgesetzgeber, die Ansprüche, die die GKV-Versicherten schon von Verfassungen wegen haben – das ist nicht unbedingt an das einfache Recht gebunden, sondern wir reden da über das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit –, dann auch erfüllen zu können und nicht letzten Endes am

Landesgesetzgeber Halt machen zu müssen und sagen zu müssen, es tut mir leid, lieber Patient, lieber Versicherter, wir würden dir gerne eine evidenzbasierte Versorgung liefern, wie wir dazu auch verpflichtet sind, wir können das aber nicht, weil der Landesgesetzgeber an der Stelle andere Entscheidungen getroffen hat. Ich denke, diesen Konflikt, den muss man auflösen und den wird man wohl nur über die bundespolitische und die bundesgesetzliche Ebene auflösen können. Dankeschön.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Für die SPD, Herr Dr. Wollmann. Bitte.

Abg. **Dr. Herbert Wollmann** (SPD): Eine Frage an Herrn Dr. Gruhl, auch etwas juristisch gefärbt: Vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen, welche Möglichkeiten sehen Sie, untergesetzliche Regularien für den Rettungsdienst zu erstellen? Welche Gremien schlagen Sie auf der Bundesebene vor?

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

Dr. Matthias Gruhl: Dr. Matthias Gruhl, Staatsrat a. D., Einzelsachverständiger, keine Interessenkonflikte.

Schöne Frage. Das ist, glaube ich, die Frage, die wahrscheinlich für die Durchsetzung eines Rettungsdienstgesetzes eine entscheidende sein wird, weil hier die Frage klar auf dem Tisch liegt: Wer entscheidet inhaltlich über die Ausgestaltung des Rettungsdienstes? Wie Herr Prof. Dr. Pitz ausführt, ist das Ganze sicherlich eine gesundheitlich relevante Frage. Es wird aber von den Innenministerien, die im Wesentlichen den Rettungsdienst verantworten, als Teil der Gefahrenabwehr möglicherweise anders gesehen. Das heißt, sie sagen, wenn Entscheidungen über die inhaltliche Ausgestaltung des Rettungsdienstes getroffen werden, kann das nicht sein, dass wir dabei nicht beteiligt werden. Das würde bedeuten, wenn man sich dieser verfassungsrechtlichen Organfrage der Länder stellt und die Innenministerien mit einbeziehen will, dass man sich die Frage stellt, ob der G-BA dann für die Innenministerien das richtige Gremium ist oder ob es nicht sinnvoller ist, wie beispielsweise in anderen Bereichen, dass ein von der Bundesregierung eingesetztes Expertinnen- und Expertengremium



den Auftrag kriegt, Vorschläge zu entwickeln, die dann vom Gesetzgeber möglicherweise über Anreiz übernommen werden. Ich denke hier beispielsweise an das Gremium, was wir haben, das entscheidet, welche Arzneimittel von der Rezeptpflicht befreit werden. Es gibt Möglichkeiten über Expertengremien, die nicht rein institutionell, sondern möglicherweise auf einer Fachebene gestaltet werden, die inhaltliche Ausgestaltung der Standardisierung der Abläufe so zu regeln, dass nicht die eine Seite meint, sie wäre nicht beteiligt und die andere Seite meint, sie wäre überfordert. Man muss sich in dieser Frage sicherlich nicht nur mit der Frage G-BA auseinandersetzen, sondern braucht Gremien, die auch die Strukturen und Inhalte berücksichtigen, die heute für die einzelnen Dienste und hier insbesondere im Rettungsdienst die Hoheit der Organisation beinhalten. Das ist auch eine rechtliche Frage. Insofern plädiere ich hier für eine fantasievollere Regelung, als zu sagen, wir hängen das irgendwo dran. Dann wird man wahrscheinlich die Zuständigkeit der Innenministerien übergehen müssen und da wird es sicherlich im Bundesrat großen Ärger geben.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön und für die Union, Herr Pilsinger.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Vielen Dank für die Zulassung der Frage. Eine Frage an den Herr Prof. Dr. Gerlach: Welche Steuerungsmöglichkeiten sehen Sie in der Notfallversorgung? Wie bewerten Sie die Idee einer Missbrauchsgebühr von 20 Euro, wenn sich vor Ort herausstellt, dass der Betroffene weder die 112 oder die 116 117 angerufen hat noch ärztlich eingewiesen wurde oder über den Rettungsdienst eingeliefert worden ist?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Gerlach, bitte.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach (Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt): Ferdinand Gerlach, Einzelsachverständiger.

Mir ist bewusst, dass das hier in Deutschland eine sehr kontrovers diskutierte Frage ist. Ich will zunächst noch mal sagen, in anderen Ländern wie in Dänemark ist es so, dass man dort zunächst eine Leitstelle hat, eine Leitstelle anruft und erst dann

zu einem Rettungsort gehen kann. Das machen die aus gutem Grund. Sie wollen, dass die Patienten in die jeweils individuell am besten geeignete Versorgungsebene gesteuert werden. Wir müssen in Deutschland allen, den Patienten, aber auch allen Profis erklären, dass das notwendig ist und dass es auch im eigenen Interesse des einzelnen Patienten ist. Der Sachverständigenrat hat in seinem Gutachten 2018 dazu ausführlich Stellung genommen. Wir haben gesagt, zunächst mal sollte jeder die 112 oder die 116 117 anrufen. Im Idealfall bekommt er dann einen Notfall-Code und, falls erforderlich, einen Termin in einem INZ, in einem integrierten Notfallzentrum. Das würde bedeuten, dass Patienten, die nicht vorher anrufen und gleich ins INZ kommen, dort ohne Termin stehen. Und wie in jeder Praxis, wie im Restaurant und an der Käsetheke bei Rewe werden die, die einen Termin haben oder eine Nummer gezogen haben, sich also vorher darum gekümmert haben, bei gleicher Dringlichkeit bevorzugt. Die werden sofort behandelt, die anderen müssen länger warten. Es wäre eine edukative Maßnahme, dass man sagt, nach Dringlichkeit kriegen die Patienten, die sich vorher gemeldet haben, die einen Termin haben, die sofortige Behandlung. Sollte das nicht funktionieren, und das ist leider zu befürchten, hatten wir als Sachverständigenrat gesagt, dann sollten wir mal über den Plan B nachdenken. Der Plan B könnte in der Tat sein, dass gehfähige Patienten, die ohne Einweisung kommen, die vorher nicht angerufen haben, wenn sie zum zentralen Tresen kommen, aufgefordert werden, jetzt anzurufen. Es steht dann ein Telefon im Wartebereich vor dem zentralen Tresen. Wenn sie das dann immer noch nicht machen, dann kann man darüber nachdenken, ob sie eine Eigenbeteiligung zahlen. Wir nutzen dieses Instrument, das möchte ich generell hinzufügen, in Deutschland viel zu wenig. Im internationalen Vergleich haben wir eine sehr geringe Eigenbeteiligung. Wir nutzen das nicht für Steuerungszwecke. Diese Ausgestaltung wäre durchaus zu überlegen. Denn es ist nicht so, dass jemand, der sich das nicht leisten könnte, nicht zumutet werden kann, dass er zum Telefonhörer greift und sich einschätzen lässt. Wir haben vorher gehört, wie wichtig die Ersteinschätzung ist und die richtige Steuerung. Das würde die Wartezeiten von allen Patienten verkürzen. Das würde die Überlastung in den Notaufnahmen reduzieren. Wir hätten eine bessere, kosteneffizientere Notfallversorgung. Insofern hat der Sachverständigenrat das als Plan B



für eine durchaus ernsthafte Option gehalten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Prof. Dr. Gerlach. Das war auch die letzte Frage, die letzte Antwort im Rahmen dieser Anhörung. Ich darf Ihnen allen sehr herzlich danken, insgesamt für die konzentrierte Atmosphäre, für die guten Fragen, für die sehr präzisen Antworten, die uns ermöglicht haben, wirklich viele Aspekte zu adressieren. Und ich greife mal auf, was Herr Dr. Pracz gesagt hat: Noch sind wir, auch wenn wir spät dran sind, gewissermaßen vor dem Spiel, so haben Sie es genannt. Denn die Eckpunkte sind jetzt gerade veröffentlicht worden, aber die Gesetzgebung wird demnächst erst den Bundestag und damit auch diesen Ausschuss erreichen. Das heißt, Sie haben uns schon mit Ihrer Einschätzung jetzt an der richtigen Stelle und zur richtigen Zeit sehr geholfen. Das wird sicher nicht ohne Folgen bleiben. Vielen Dank dafür, kommen Sie gut nach Hause.

Schluss der Sitzung: 15:55 Uhr

gez.

Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB
Amtierende Vorsitzende