



# Neuordnung der Notfallversorgung

Ergebnisse eines Panels von Expertinnen und Experten zur Entwicklung einer umsetzbaren Reform

## **Kontakt**

Dr. Jan Böcken  
Senior Project Manager  
Programm Gesundheit  
Bertelsmann Stiftung  
Telefon 05241 81-81462  
[jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de](mailto:jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de)  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)

Titelbild: © YuanGeng - stock.adobe.com

**Januar 2022**

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Initiierung eines Panels durch die Bertelsmann Stiftung .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Bisherige Entwicklung eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung .....</b>	<b>5</b>
2.1	2015: Erster Reformschritt durch das KHSG .....	5
2.2	2017/2018: Vorschläge des SVR zur Neuregelung der Notfallversorgung .....	5
2.3	2019: Diskussionsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums .....	6
2.4	2020: Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums .....	6
2.5	Derzeitiger Stand .....	7
<b>3</b>	<b>Vorschläge des Panels zur Neuordnung der Notfallgesetzgebung .....</b>	<b>8</b>
3.1	Veränderungsbedarf bei den rechtlichen Grundlagen des Rettungsdienstes .....	8
3.2	Entwicklung eines gemeinsamen Grundverständnisses .....	8
3.3	Die vorstationäre Notfallbehandlung optimieren .....	10
3.4	Veränderter ambulant-stationärer Übergang .....	12
3.5	Standortentscheidung für die stationäre Notfallversorgung durch die Länder .....	14
3.6	Die neue Gemeinsamkeit auf allen Ebenen entwickeln und gewährleisten .....	16

## 1 Initiierung eines Panels durch die Bertelsmann Stiftung

Nach zwei gescheiterten Gesetzesentwürfen in der letzten Legislaturperiode war es das Ziel, eine umsetzbare Reformoption für eine abgestimmte, bedarfsorientierte Notfallversorgung zu entwickeln.

Die Bertelsmann Stiftung hat deshalb ein Panel von Expertinnen und Experten der an der Konzeption oder Durchführung der Notfallversorgung beteiligten Organisationen und Institutionen gebeten, für die unterschiedlichen Schnittstellen und Konfliktfelder Lösungs- bzw. Kompromissoptionen zu entwickeln.

Die Inhalte des nun vorliegenden Positionspapiers stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung jedes Mitglieds des Panels dar. Die teilnehmenden Expertinnen und Experten haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt. Die Bertelsmann Stiftung dankt ihnen sehr herzlich für ihr Engagement.

Es konnte gemeinsam eine politikrelevante und tragfähige Handreichung zur Neuordnung der Notfallversorgung entwickelt werden, die nach Ansicht des Panels realistisch ist. Die präsentierte Lösung kann als Kompromiss für eine abgestimmte und intersektorale Lösung der Notfallversorgung dienen, die die verschiedenen Perspektiven berücksichtigt.

### **Mitglieder des Panels** (in alphabetischer Reihenfolge):

- **Dr. Jan Böcken**  
Senior Project Manager, Bertelsmann Stiftung
- **Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach**  
Vorsitzender des Sachverständigenrats Gesundheit und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt/Main
- **Dr. Matthias Gruhl**  
Staatsrat a. D. der Freien und Hansestadt Hamburg, ehem. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Moderator)
- **Bernd Krösser**  
Staatsrat der Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Inneres und Sport
- **Prof. Dr.med. Dr. rer. nat. Alex Lechleuthner**  
Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes der Stadt Köln und Institutsdirektor an der Technischen Hochschule Köln, Institut für Rettungssingenieurwesen und Gefahrenabwehr (IRG)
- **Thomas Lemke**  
Vorsitzender des Vorstandes der Sana Kliniken AG, Vizepräsident der DKG, 2. Vizepräsident des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e. V.
- **Matthias Mohrmann**  
Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg
- **Dr. Sonja Optendrenk**  
Abteilungsleiterin im Bundesministerium für Gesundheit
- **Michael Ranft**  
Staatssekretär im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
- **Uwe Schwenk**  
Director, Bertelsmann Stiftung
- **Dr. Eckhard Starke**  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

## 2 Bisherige Entwicklung eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Die Notfallversorgung in Deutschland wurde in den letzten 15 Jahren in zahlreichen Studien untersucht. Das deutsche 3-Säulen-Modell (ambulante Versorgung durch die Vertragsärzteschaft, Rettungsdienst und Notfallversorgung durch Krankenhäuser) wird durchgehend als unstrukturiert, unkoordiniert und nicht bedarfsorientiert kritisiert.

### 2.1 2015: Erster Reformschritt durch das KHSG

Bereits 2015 wurde durch das Krankenhausstruktur-Gesetz (KHSG) in § 136 c Abs. 4 SGB V<sup>1</sup> der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die strukturellen Voraussetzungen eines gestuften Systems der Notfallversorgung an Krankenhäusern zu entwickeln. Neben dem eigentlichen Zweck, Zu- und Abschläge für die Vorhaltung von Notfallversorgung zu bestimmen, konnten über die fachlichen Vorgaben auch definierte komplexe Notfälle (wie Apoplexie, Herzinfarkt oder Polytraumata) einzelnen Notfallstufen zugeordnet werden. Damit wirkt die Stufung für schwere und schwerste Notfälle bahrend. Dies griff die Initiative mehrerer Länder auf, in der Notfallversorgung Struktur- und Prozessvorgaben zur Allokation von schweren Erkrankungen über die Krankenhauspläne zu definieren.

### 2.2 2017/2018: Vorschläge des SVR zur Neuregelung der Notfallversorgung

2017 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) auf der Grundlage des damaligen Kenntnisstandes und der Erfahrung aus dem europäischen Ausland (insbesondere den Niederlanden, Dänemark und der Schweiz) einen Vorschlag zur Neuregelung der Notfallversorgung vorgelegt; er wurde 2018 in einem Gutachten veröffentlicht<sup>2</sup>.

Danach sollen am Beginn der Notfallversorgungskette eingehende telefonische Notfallkontakte in einer zusammengeführten, integrierten Leitstelle von Kassenärztlicher Vereinigung (KV) und Rettungsdienst bewertet werden. Dazu dienen Abfrage-Algorithmen, die zur Einsteuerung in die angemessene Versorgungsebene eine fundierte Ersteinschätzung ermöglichen. In Zweifelsfällen kann in der Leitstelle schon zur Abklärung eine ärztliche Unterstützung hinzugezogen werden. Eine telemedizinische ärztliche Videosprechstunde soll den Ratsuchenden ggf. zusätzlich angeboten werden. Soweit möglich, kann durch die hinzugezogene ärztliche Kompetenz ein abschließender Rat oder ein Verweis auf die vertragsärztliche Regelversorgung, etwa am gleichen oder nächsten Werktag erfolgen.

Falls dies nicht ausreichend erscheint, soll gemäß den Vorstellungen des SVR entweder ein notdienstlicher bereitschaftsdienstlicher oder bei höherer Eilbedürftigkeit ein rettungsdienstlicher persönlicher Kontakt veranlasst werden. Vor Ort wird dann entschieden, ob eine häusliche Ad-hoc-Behandlung ausreichend ist oder zusätzliche, z. B. pflegerische Unterstützung hinzugezogen werden soll. Falls weiterhin eine vollständige Abklärung erforderlich ist, werden die Patientinnen und Patienten an ein Integriertes Notfallzentrum (INZ) an ausgewählten Krankenhäusern verwiesen bzw. dorthin transportiert. Gefährigten Patientinnen und Patienten, die keine Notfälle

---

<sup>1</sup> Soweit auf bestehende Gesetze Bezug genommen wird, wird auf eine Quellenangabe verzichtet

<sup>2</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 2018, Langfassung, Seite 547 ff, [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2018/Gutachten\\_2018.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf)

sind, wird dazu ein fixer Vorstellungstermin im INZ am Krankenhaus arrangiert. Falls es sich um Notfälle handelt, erfolgt der rettungsdienstliche Transport mit dem dafür erforderlichen Personal (Notarzt, Notfallsanitäter).

In der Vorstellung des SVR wird das INZ als eigenständige wirtschaftliche Einheit am Krankenhaus betrieben. Dort erfolgt am gemeinsamen Tresen eine erneute Ersteinschätzung bzw. Triage von gefährigten Patientinnen und Patienten durch ambulante und stationäre Fachkräfte. Das INZ verfügt über eigene diagnostische und ambulante Versorgungsmöglichkeiten. Es soll „gemeinsam von Krankenhaus und kassenärztlichen Vereinigungen“ betrieben und geleitet werden.

Die Festlegung von INZ-Standorten soll durch „ein gesetzlich weiterentwickeltes § 90a SGB V–Gremium oder durch das jeweilige Land erfolgen und sich an der Notfallstufung orientieren“. Die Finanzierung erfolgt extrabudgetär, die Umsetzung soll schrittweise erfolgen.

Insgesamt legte der SVR damit ein in sich geschlossenes Modell für eine Neuordnung der Notfallversorgung vor. Er geht aufgrund internationaler Erfahrungen davon aus, dass durch eine solche optimierte und klar strukturierte Versorgungskette bis zu 30 Prozent weniger Patientinnen und Patienten das Krankenhaus erreichen werden.

Der Koalitionsvertrag zur 19. Legislaturperiode von 2018 griff diese Vorstellung auf und formulierte die Absicht, „... zur Verbesserung der Notfallversorgung eine gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankenhausgesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung zu schaffen. Dazu sind Notfalleitstellen und integrierte Notfallzentren aufzubauen.“<sup>3</sup>

## 2.3 2019: Diskussionsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums

Aufgrund dieser ersten Veränderungen der Notfallversorgung durch das KHSG und der Anforderung des Koalitionsvertrages legte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Jahr 2019 einen Diskussionsentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vor, der sich weitgehend an den Vorstellungen des Sachverständigenrates orientierte und die dafür notwendige Regelungskompetenz neu ordnete<sup>4</sup>. So soll die wirtschaftliche Sicherung des Rettungsdienstes – grundgesetzlich dem Bund übertragen und somit die Leistung des Rettungsdienstes in das SGB V integriert werden. Ferner wird eine gemeinsame Notfalleitstelle vorgegeben, deren strukturelle und prozedurale Regeln durch den G-BA zu entwickeln wären. Die Länder nehmen in dem Entwurf eine zentrale Rolle zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten ein. Dies beinhaltet auch das Auswahlrecht der Standorte von integrierten Notfallzentren.

Insbesondere die Veränderung der grundgesetzlichen Zuständigkeiten für den Rettungsdienst, aber auch die Überleitung der Sicherstellung auf die Länder wurde politisch nicht mitgetragen.

## 2.4 2020: Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums

Im Januar 2020 präsentierte das BMG einen überarbeiteten Referentenentwurf<sup>5</sup>. Dieser verzichtete auf grundgesetzliche Neuregelungen und entwickelt finanzielle Anreize, um den Rettungsdienst mit dem Notdienst der KV in

---

<sup>3</sup> Ein neuer Aufbruch für Europa - Eine neue Dynamik für Deutschland - Ein neuer Zusammenhalt für unser Land; Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, S. 100, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1>

<sup>4</sup> Nicht veröffentlicht. Siehe aber Gruhl, M. Nirwana statt Tigersprung, *observer gesundheit*, 06.11.2020 <https://observer-gesundheit.de/nirwana-statt-tigersprung/>

<sup>5</sup> Bundesministerium für Gesundheit, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/N/Referentenentwurf\\_zur\\_Reform\\_der\\_Notfallversorgung.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/Referentenentwurf_zur_Reform_der_Notfallversorgung.pdf)

einer umfassenden Kooperation zusammenzuführen. Bei Akzeptanz der finanziellen Zuwendungen soll eine gesicherte Finanzierung von speziellen, bisher oft strittigen Rettungsfahrten ermöglicht werden. Die Sicherstellung für die ambulante Versorgung verbleibt dabei bei der KV, die Auswahl der Integrierten Notfallzentren soll durch einen „erweiterten Landesausschuss“ erfolgen. Dieser Ausschuss soll – unter Beteiligung des Landes – aus Landeskrankenhausgesellschaft, KVen und Krankenkassen bestehen. Bei Nicht-Einigung soll eine Letztentscheidung des Landes erfolgen. Die INZ-Struktur bleibt umfassend, wie vom SVR vorgeschlagen.

Erste Diskussionen zeigten, dass für den Rettungsdienst die finanziellen Konsequenzen und Anreize nicht akzeptabel erschienen.

In den Ländern wurde zum Teil der Kompetenzverlust für die Festlegung von INZ-Standorten als nicht mit der Krankenhausplanung zu vereinbaren angesehen.

Die weitere Beratung konnte nicht mehr erfolgen, da ab Anfang 2020 die Corona-Pandemie das politische Tagesgeschäft dominierte.

## 2.5 Derzeitiger Stand

Trotz zum Teil anderslautender Ankündigungen legte das BMG in der letzten Legislaturperiode keinen weiteren Entwurf vor, beauftragte aber im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) 2021 in § 120 Abs 3b SGB V den Gemeinsamen Bundesausschuss mit einem Zwischenschritt: Der G-BA soll innerhalb eines Jahres Vorgaben unter anderem zur Durchführung einer qualifizierten und strukturierten Ersteinschätzung des medizinischen Behandlungsgeschehens am Krankenhaus vorlegen. Dabei sind die Notfallstufen zu berücksichtigen. Auch die personellen Qualifikationen für die Durchführung der Ersteinschätzung sollen vom G-BA festgelegt werden.

Der Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP) greift den Reformbedarf in der Notfallversorgung erneut auf<sup>6</sup>:

*Die Notfallversorgung soll in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH) erfolgen. Wir räumen den KVen die Option ein, die ambulante Notfallversorgung dort selbst sicherzustellen oder diese Verantwortung in Absprache mit dem Land ganz oder teilweise auf die Betreiber zu übertragen. Durch eine Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und standardisierten Einschätzungssystemen (telefonisch, telemedizinisch oder vor Ort) erreichen wir eine bedarfsgerechtere Steuerung...*

**Mit dem Koalitionsvertrag werden somit einzelne Positionen wieder aufgegriffen, die sich bisher nicht als förderlich für eine Notfallversorgungsreform erwiesen haben. Konzeptionelle Vorstellungen, mit denen die bestehenden Konfliktlagen, die letztendlich zum Scheitern der zwei vom BMG vorgelegten Entwürfe geführt haben, überwunden werden können, sind bisher nicht entwickelt worden.**

---

<sup>6</sup> Mehr Fortschritt wagen - Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag 20. Legislaturperiode, Seite 84f, [https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag\\_2021-2025.pdf](https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf)

### 3 Vorschläge des Panels zur Neuordnung der Notfallgesetzgebung

Die Expertinnen und Experten des Panels haben 2021 in mehreren Werkstattgesprächen die Empfehlungen für eine umsetzbare Reform der Notfallversorgung entwickelt. Ziele waren dabei u.a. eine bedarfsgerechte Versorgung von Notfällen, die Vermeidung unnötiger Patientenbelastungen durch Über-, Unter- oder Fehlversorgung, ein sachgerechter und effektiver Umgang mit den Kapazitäten aller beteiligten Dienste und eine wirtschaftlich angemessene Organisation der Versorgungsleistungen.

#### 3.1 Veränderungsbedarf bei den rechtlichen Grundlagen des Rettungsdienstes

Die durch kommunale Entgeltordnungen vorgegebenen Gebühren für rettungsdienstliche Tätigkeiten sind zum Teil mit den rechtlichen Vorgaben der Krankenkassen gemäß § 133 Abs. 2 SGB V nicht vereinbar. Unter anderem verpflichtet der § 133 die Kassen, keine Kosten für Investitionen und Reservevorhaltungen der Rettungsdienste zu übernehmen. Diese werden aber in die kommunalen Entgeltordnungen einbezogen. Das führt zu zahlreichen rechtlichen Auseinandersetzungen zwischen den Krankenkassen und den kommunalen Rettungsdiensten. Kommt es zu keiner Einigung, besteht die Gefahr, dass den Versicherten für eine rettungsdienstliche Transportleistung die Differenz zwischen Kassenerstattung und Gebührenhöhe individuell in Rechnung gestellt wird.

Wenn mit einer Rechtsnorm künftig diese Kosten verbindlich den Ländern beziehungsweise den Kommunen zugeordnet werden, erfordert dies fiskalische oder budgetrelevante Veränderungen zwischen den Kommunen und den Ländern in Milliardenhöhe. Die Länder besitzen über die Rettungsdienstgesetze zwar eine Gestaltungshoheit, unterliegen aber dem Konnexitätsprinzip im Sinne der Veranlassungskonnexität. Deshalb müssten die bisher den Kassen aufgebürdeten Investitionskosten den Kommunen von den Ländern ersetzt werden. Dem werden die Länder ohne Kompensation durch den Bund erfahrungsgemäß nicht zustimmen. Von daher besteht keine Bereitschaft der Länder, ihre grundgesetzlich abgesicherte Kompetenz für die Rettungsdienste an den Bund zu übertragen, beziehungsweise landesrechtliche Regelungen einzuführen, die den Spielraum der kommunalrechtlichen Gebührentatbestände für den Rettungsdienst beschränken.

**Die Voraussetzung für eine veränderte rechtliche Anbindung der Rettungsdienste ist eine Klärung dieser grundlegenden kompetenzrechtlichen und finanziellen Fragen. Die dafür notwendigen Abstimmungen würden eine Reform der gesamten Notfallversorgung zeitlich verzögern oder gar verhindern.**

**Die Expertinnen und Experten des Panels schlagen deshalb vor, eine grundsätzliche rechtliche Neuausrichtung für die Rettungsdienste zunächst zurückzustellen.**

**Stattdessen soll über einen Prozess der Annäherung und Abstimmung im Schnittstellenmanagement ein neues gemeinsames Grundverständnis in der Notfallversorgung entwickelt werden. Eine rechtliche Bereinigung der unbefriedigenden Situation bleibt jedoch Ziel des Prozesses.**

#### 3.2 Entwicklung eines gemeinsamen Grundverständnisses

Die Rettungsdienste und die Körperschaften nach SGB V haben bisher keinen strukturierten Dialog in einer definierten Beratungs- beziehungsweise Gesprächsstruktur auf Bundesebene entwickelt. Auch auf der Länder- beziehungsweise den kommunalen Ebenen existieren in der Regel keine gemeinsamen Kommunikationsformen. Grund dafür ist insbesondere die Heterogenität des Rettungsdienstes und seiner Leistungserbringer (von kommunalen Rettungsdiensten über Wohlfahrtsverbände bis hin zu kommerziellen Anbietern). Dies erschwert eine Einheitlichkeit der Prozesse. Auch regionale und überregionale Disparitäten verhindern abgestimmte Verfahren.



So sind die regionalen Zuständigkeiten der Vertragsärzteschaft für die Versorgung von Notfällen oft nicht deckungsgleich mit denen der Rettungsdienste. Ferner haben die Länder unterschiedliche Rettungsdienstgesetze erlassen. Die so legitimierten Strukturen und Prozesse divergieren und sind für eine effektive Kooperation über die Ländergrenzen hinweg nicht förderlich.

Für alle Beteiligten ist es offensichtlich, dass eine Vereinheitlichung von Strukturen, Standards und Prozessen in den Schnittstellen zu einer Vereinfachung, Beschleunigung und höheren Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung, bei den Rettungsdiensten und in der krankenhausgebundenen Notfallversorgung führen wird.

Es ist bisher nicht gelungen, eine bundeseinheitliche Beratungsplattform für die Entwicklung solcher Abstimmungsprozesse aufzubauen. Ziel solcher Beratungen wäre es, untergesetzliche Normsetzungen zu erarbeiten und bestmöglich abzustimmen. Der im Geltungsbereich des SGB V dafür vorgesehene G-BA kann diese Aufgabe nicht übernehmen, weil eine gleichberechtigte Teilnahme der innenbehördlichen beziehungsweise kommunalen Institutionen für den Rettungsdienst dort systemisch nicht herstellbar ist.

**Daher schlägt das Panel vor, zur abgestimmten Entwicklung von Standards, Prozessen und Qualitätsmonitoring ein „Fachkundiges Gremium“ (FG) zu bilden. Dieses soll durch Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) in Abstimmung mit dem Bundesinnenministerium (BMI) initiiert werden. Rechtliche Grundnorm für die Rechtsverordnung ist das SGB V (aufgrund des Bezuges zu Rechten und Pflichten der Krankenkassen). Die Vorschlagsrechte für die Besetzung des FG liegen bei den Krankenkassen, den KVen, den Krankenhausgesellschaften, der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), der Innenministerkonferenz (IMK) und den kommunalen Spitzenverbänden. Zu benennen sind Personen mit ausgewiesener fachlicher Expertise. Auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den beteiligten Banken (Institutionen der Gesundheitsversorgung einerseits und rettungsdienstliche Zuständigkeiten andererseits) ist zu achten.**

**Aufgabe des FG soll die Herstellung von fachlichem Einvernehmen sein. In Abstimmung mit dem BMI überträgt ihm das BMG Aufträge zur Entwicklung untergesetzlicher Regelungen. Das BMG kann Ergebnisse nach Konsultation mit den Ländern in die Kassenfinanzierung übernehmen. Die Vergütung dieser Normen und Standards wird kostendeckend zugesagt. Nach einer Übergangszeit werden ausschließlich so definierte Prozesse finanziert. So kann eine Konvergenz über ein gemeinsames Grundverständnis und dem operativen Handeln hergestellt werden.**

Das Panel verweist darauf, dass ähnliche Konstrukte zur Entwicklung untergesetzlicher fachlicher Normen und Standards mit anschließender rechtlicher Übernahme durch den Gesetzgeber geübte Praxis sind. So kann beispielhaft auf das Sachverständigengremium nach § 53 Arzneimittelgesetz (AMG) verwiesen werden.

Es erscheint geboten, dem Gremium ausschließlich *fachliche* Fragestellungen zu übertragen, die der Abstimmung und Konvergenz dienen. Keinesfalls soll das Gremium durch rechtlich zu klärende oder politisch zu entscheidenden Fragestellungen überlastet bzw. dadurch hemmende Hürden aufgebaut werden.

Die kürzlich mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GWVG) dem G-BA übertragenen Aufgaben nach Paragraph 20 SGB V (siehe oben) sind zu berücksichtigen.

**Auf Länderebene sollen entsprechende Fachgremien gebildet werden, die unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten die Umsetzung der untergesetzlichen Normen fördern und bewerten; die Initiierung solcher Ländergremien soll bundesrechtlich durch eine entsprechende Kann-Vorschrift unterstützt werden. Mit den fachlichen Ländergremien soll ein entsprechender strukturierter Dialog zwischen Rettungsdiensten, KVen und Krankenhäusern gefördert werden, mit dem Ziel, vor Ort unnötige Schnittstellen abzubauen bzw. diese optimal zu gestalten.**

### 3.3 Die vorstationäre Notfallbehandlung optimieren

Mit einer Standardisierung, Abstimmung und digitalen Vernetzung der Leitstellen von Rettungsdienst und Kassenärztlicher Vereinigung werden zwar nicht die Vorteile erzielt, die durch eine Zusammenführung beider Leitstellen und eine gemeinsame örtliche Verankerung denkbar sind (sog. „Ein-Raum-Lösung“)– so sind etwa Fragen einer gemeinsamen Personalentwicklung, einer abgestimmten Fortbildung oder des täglichen Einübens eines einheitlichen Handelns bei strukturell/räumlich getrennten Leitstellen nicht leicht herstellbar. Wenn aber insbesondere die Übergabe von fehlgeleiteten Anrufen zwischen den beiden Leitstellen

- bruchlos,
- unter Wahrung eines abgestimmten fachlichen Konzeptes,
- nach einheitlichen digitalen Standards,
- unter Nutzung der gegenseitigen Kompetenzen,
- mit telemedizinischer Unterstützung,
- ohne Zeitverzug für die Patientinnen und Patienten,
- über bundeseinheitliche Prozesse und
- auch über Zuständigkeitsgrenzen hinweg

möglich wäre, ermöglichte dies eine deutliche Qualitätsverbesserung gegenüber dem jetzigen Zustand. Insofern können auch ohne eine umfassende Änderung des Status quo ähnliche Ergebnisse erzielt werden – nämlich eine optimierte, ggfls. auch telemedizinisch unterstützte, bedarfsgerechte Einschätzung des Notfalls sowie eine adäquate Einsteuerung in das Hilfesystem.

**Die Expertinnen und Experten des Panels schlagen daher vor, das „Fachkundige Gremium“ mit der dafür notwendigen Prozessoptimierung zu beauftragen und auf eine verpflichtende Ein-Raum-Lösung der vorhandenen Leitstellen vorerst zu verzichten. Dies soll keinesfalls regionale örtliche und/oder strukturelle Zusammenführungen von Leitstellen verhindern. Ein solcher Zusammenschluss wird allerdings nicht als zwingend angesehen, falls nachweislich eine weitgehende Prozessklärung im obigen Sinne betrieben wird.**

Zusätzlich wird empfohlen, die präklinischen Interventionsmöglichkeiten in Notfallsituation zu optimieren.

Handlungsbedarf besteht beispielsweise bei folgenden Konstellationen:

Die „Entscheider“, also die Dispatcher der Leitstellen und das Rettungsfachpersonal, sind vor Ort so auf- und auszurüsten, dass sie jederzeit, z.B. für Rückfragen und für ausführlichere Patientenberatung, auf ärztliche Unterstützung aus der Vertragsärzteschaft telefonisch/videotelefonisch zugreifen können. Die technische Ausstattung vieler Bürgerinnen und Bürger erlaubt es ebenfalls oft, bei Bedarf die fernmündliche Kommunikation durch ein Angebot zur Videotelefonie zu unterstützen und so mehr Sicherheit für die Entscheidung über die weitere Behandlungsnotwendigkeit zu erhalten.

Davon unabhängig ist in vielen Rettungsdiensten die Institution von Telenotärztinnen und -ärzte für notfallmedizinische Fragestellungen des Rettungsfachpersonals bzw. im Rahmen der Delegation bestimmter Maßnahmen bzw. Medikamente eingeführt und hat sich bewährt.

Aus der Praxis wird berichtet, dass Krankenhauseinweisungen oft medizinisch nicht zwingend seien, aber aufgrund fehlender pflegerischer häuslicher Unterstützung in der akuten Situation vom Rettungsdienst oder den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten veranlasst werden müssen. Wenn jedoch zeitnah eine ambulante Pflege

herangezogen werden könnte, bis eine pflegerische Regelversorgung organisiert ist, könnte sowohl eine Einweisung unterbleiben als auch oftmals dem Patientenwunsch zur häuslichen Behandlung entsprochen werden. Hierzu bedarf es eines schnellen und unkomplizierten Verfahrens der Bereitstellung von akut-pflegerischen Ressourcen, der Abstimmung (auch der Finanzierung) und der Vorhalteorganisation.

Oft werden niedergelassene Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise der Rettungsdienst zu Menschen in ihrer finalen Lebensphase gerufen. Aus Hilf- oder Ratlosigkeit wird von den Angehörigen eine Einweisung erbeten. Medizinisch ist es in vielen dieser Fälle über eine akute palliative Versorgung eine Stabilisierung des Zustandes der Betroffenen so weit herstellbar, dass eine Klinikeinweisung nicht notwendig und eine weniger belastende Sterbephase ermöglicht wird. Hierfür ist ein unmittelbarer Zugriff der vertragsärztlichen bzw. rettungsdienstlichen Strukturen auf eine solche Versorgungsmöglichkeit erforderlich.

Zusätzlich sollte den Notärztinnen und -ärzten des Rettungsdienstes eine ambulante Behandlung dadurch ermöglicht werden, dass sie berechtigt werden, Rezepte und Bescheinigungen auszustellen.

Durch die telemedizinische Vernetzung sollte des Weiteren organisatorisch sichergestellt werden, dass die Notärzte und Notfallsanitäter beim Aufsuchen der Hilfesuchenden in deren Häuslichkeit die Optionen haben,

- die weitere Behandlung online an den vertragsärztlichen Notdienst zu übergeben,
- die Patientinnen und Patienten direkt in eine vertragsärztliche Partnerpraxis mit freigehaltenen, möglichst digital buchbaren Notfallslots zu „überweisen“ oder
- sie direkt dorthin zu transportieren bzw. transportieren zu lassen,

wenn eine weitere diagnostische Abklärung bzw. eine stationäre Weiterbehandlung nach der ersten rettungsdienstlichen Befunderhebung vor Ort nicht erforderlich scheint.

Die ambulante Notfallbehandlung muss von allen involvierten Diensten jederzeit (24/7) abrufbar sein. Die KVen sind gehalten, dafür die Kapazitäten vorrangig als Portalpraxen an Krankenhäusern mit stationären Notfallbehandlungen, ansonsten durch Bereitschaftsdienstpraxen oder während der normalen Sprechzeiten durch vertragsärztliche Partnerpraxen sicherzustellen. Die freien Kapazitäten sollten digital jederzeit für die beteiligten Dienste einsehbar sein.

Ebenso bedarf es einer Regelung, dass Vertragsärztinnen und -ärzte innerhalb und außerhalb der Sprechstundenzeiten auf buchbare Behandlungstermine in den Notaufnahmen der Krankenhäuser zugreifen können, wenn eine ambulante Abklärung fallabschließend nicht möglich ist.

Diese Verzahnung der ambulanten Möglichkeiten sollte auf der Grundlage einer gemeinsamen digitalen Plattform erfolgen. Ebenso sollten den Krankenhäusern oder Notfallpraxen zum vereinbarten Termin alle bis dahin bereits ambulant erhobenen Daten und Informationen grundsätzlich in elektronischer Form vorliegen.

**In seinem Gutachten hält der SVR aufgrund von Erfahrungen im Ausland eine Reduzierung der stationären behandlungsnotwendigen Fälle im Krankenhaus durch eine Ausweitung der präklinischen Angebote für möglich. Um eine auch ökonomisch relevante Reduzierung zu erreichen, empfiehlt das Panel deshalb, die genannten strukturellen Optimierungen, Kooperationsmöglichkeiten und abrechnungstechnischen Verbesserungen rechtlich wie auch finanziell umzusetzen. Dabei geht es davon aus, dass entsprechende Angebote sich zeitnah technisch realisieren lassen. Die zusätzliche Verfügbarkeit von ärztlichen, pflegerischen oder palliativen Kapazitäten soll über eine relevante Vergütung und machbare Organisationsmodelle der Zusammenarbeit erzielen lassen. Neue Strukturen sind nicht notwendigerweise aufzubauen, jedoch ist die Verfügbarkeit bedarfsgerecht sicherzustellen. Die gegebenen, fortlaufend aktualisierten Kapazitäten für Notfallbehandlungen im stationären und ambulanten Sektor sollen für die beteiligten Dienste jederzeit sichtbar und abrufbar sein. Eine sektorenübergreifende**

**Bedarfsplanung würde das Ziel einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Notfallversorgung deutlich erleichtern.**

**Dem Rettungsdienst werden über die vorgeschlagene Verzahnung mit den vertragsärztlichen Angeboten Zugriffsmöglichkeiten auf Leistungen und Dienste des SGB V gewährt – dies ist auch ein wichtiges Signal zum Aufbau gemeinsamer Strukturen und ein wichtiger Anreiz zur Kooperation zwischen den Versorgungssektoren.**

### **3.4 Veränderter ambulant-stationärer Übergang**

Von den rund 1.700 Akutkrankenhäusern nehmen zurzeit 1.200 am gestuften System der Notfallversorgung teil, davon circa 400 Kliniken in den höheren Notfallstufen 2 und 3.<sup>7</sup> Diese Zahl ist, betrachtet man sie unter dem Aspekt einer bestmöglichen Qualität beziehungsweise von Ressourcensparsamkeit, sehr hoch. Werden internationale Standards zu Grunde gelegt, wäre eine Neuordnung der stationären Notfallversorgung angezeigt. Dabei gilt es aber zu differenzieren: Während die großstädtischen Räume mit einer sehr hohen Konzentration von Krankenhäusern mit Notfallaufnahmen (NFA) aufwarten, können kleine Krankenhäuser im ländlichen Raum häufig die Notfallversorgung nur noch mit großen Anstrengungen oder eingeschränkt aufrechterhalten. Die Zahl der Notfallbehandlungen in Krankenhäusern ist bis 2016 kontinuierlich und oft bis zur Belastungsgrenze gestiegen; seitdem sinkt sie leicht. Unterschiedliche Studien<sup>8</sup> gehen davon aus, dass mindestens 30 Prozent, maximal bis 50 Prozent der Patientinnen und Patienten, die die NFA aufsuchen, aus medizinischer Sicht durch das ambulante System versorgt werden könnten. Diese Fehlallokationen binden hochspezialisierte und knappe Personalressourcen und sind damit nicht effizient.

Eine Reform der Notfallversorgung sollte deshalb darauf abzielen, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten auf allen Ebenen stärker zu nutzen und Personen, die keiner stationären Notfallbehandlung bedürfen, möglichst von vornherein in das ambulante System zu lenken. Damit könnten die Krankenhäuser deutlich entlastet werden.

In der Regel werden heute Patientinnen und Patienten die notfallmäßig die Krankenhäuser aufsuchen, nicht (erneut) daraufhin eingeschätzt, ob sie im ambulanten System verbleiben können oder stationär weiterbehandelt werden. Wer Hilfe im Krankenhaus sucht, wird in der Regel durch das Krankenhaus versorgt. Die Entscheidung, ob eine Behandlung durch das Krankenhaus geboten erscheint oder ob diese auch im ambulanten System erfolgen kann, wird vom Krankenhaus wahrgenommen und in der Regel nicht geprüft. Eine Ablehnung der Behandlung unter Verweis auf ambulante Versorgungsmöglichkeiten ohne eigene vollständige Diagnostik ist für ein Krankenhaus schon aus haftungsrechtlichen Gründen nicht vertretbar.

Der Sachverständigenrat hatte in seinem Gutachten vorgeschlagen, diese Bahnungsentscheidung erst nach einer Ersteinschätzung, der vollständigen Diagnostik und ggfs. einer kurzzeitigen stationären Überwachung zu treffen. Dazu sollten das jeweilige Krankenhaus und die zuständige KV sich zu einer gemeinsamen und eigenständigen Institution pro Krankenhaus als INZ zusammenschließen. Nur bei weiterführendem Behandlungsbedarf würde von dort eine Verlegung in das Krankenhaus vorgenommen.

---

<sup>7</sup> BMG Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung Stand: 10. Februar 2020, S. 3, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Stellungnahmen\\_WP19/Notfallversorgung/DKG-](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Notfallversorgung/DKG-Stellungnahme_Referentenentwurf_Gesetz_zur_Reform_der_Notfallversorgung.pdf)

[Stellungnahme\\_Referentenentwurf\\_Gesetz\\_zur\\_Reform\\_der\\_Notfallversorgung.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Notfallversorgung/DKG-Stellungnahme_Referentenentwurf_Gesetz_zur_Reform_der_Notfallversorgung.pdf)

<sup>8</sup> Siehe z.B.: SVR Gutachten 2018, a.a.O. Langfassung S.551 oder

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Notfallversorgung in Deutschland, Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung April 2018, S. 49, [https://www.hcb-institute.de/template/elemente/87/2018\\_04\\_18\\_Projektbericht\\_Notfallversorgung.pdf](https://www.hcb-institute.de/template/elemente/87/2018_04_18_Projektbericht_Notfallversorgung.pdf)

Obwohl der Vorschlag des SVR für INZ systemlogisch wie auch in sich schlüssig ist und auf positiven internationalen Erfahrungen aufbaut, würde er einen sehr hohen organisatorischen Aufwand in der Umstellung bedingen. Krankenhäuser befürchten, dass sie einen wesentlichen Teil ihrer Kompetenz in der Notfallbehandlung und ihres diagnostischen Instrumentariums an das INZ abtreten beziehungsweise die notwendigen Vorhaltungen doppeln müssten. Die KVen wiederum weisen darauf hin, dass sie weder von ihren personellen Kapazitäten noch von ihrer vertragsärztlichen Kernkompetenz her solche INZ-Strukturen fachlich mitübernehmen könnten.

Die Expertinnen und Experten des Panels raten deshalb davon ab, die „große Lösung“ der Integrierten Notfallzentren sofort flächendeckend einzuführen. Sie schlagen aber vor, die Bahnungsentscheidung, die im Konzept des SVR nach der Klärung im INZ getroffen würde, vorzulegen und an die Ersteinschätzung im vorstationären Bereich anzubinden. Die Klärung und Entscheidung, welcher weitere Behandlungsort angemessen ist, kann zwar aufgrund einer fehlenden differenzierten Diagnostik nicht allumfassend getroffen werden; in der überwiegenden Zahl der Fälle ist dies jedoch durch die algorithmisch unterstützte Ersteinschätzung zusammen mit der medizinischen Expertise vor Ort möglich. Zweifelsfälle, die nicht fallabschließend ambulant diagnostiziert und behandelt werden können, müssen dann einem Krankenhaus dafür zugewiesen werden. Dazu wird der „gemeinsame Tresen“ als Ort der vorstationären Ersteinschätzung vor der Krankenhausaufnahme in die Verantwortung der KVen überstellt. Die KV übernimmt dort die Verantwortung für das „letzte Wegstück der ambulanten Versorgung“ und entscheidet über den Verbleib im ambulanten System bzw. über die Überweisung in die stationäre Diagnostik und Therapie.

Die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte entscheiden auch außerhalb von Notfallbehandlung regelhaft über die Krankenseinweisung. Ziel ist es, diesen Ablauf auch für die Notfallbehandlung umzusetzen. Dadurch könnten stationäre Behandlungen auf die notwendigen Fälle beschränkt bleiben.

2016 wurde mit dem Krankenhausstruktur-Gesetz der § 75 Abs. 2.1b SGB V ergänzt:

*„... hierzu sollen sie [die KVen] entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden.“*

Solche Notdienstpraxen (Portalpraxen) sind bis heute jedoch eher die Ausnahme als die Regel. Soweit Portalpraxen der KVen am Standort der NFA vorhanden sind, kann ihnen die Ersteinschätzung übertragen werden.

In die vorstationäre Ersteinschätzung sind sogenannte „Walk-in-Patienten“ und rettungsdienstlich zugeführte Personen einzubeziehen, falls vitale Funktionen nicht betroffen sind oder andere zwingende Gründe dem nicht entgegenstehen.

Soweit nach einer telefonischen Ersteinschätzung durch das vertragsärztliche System ein Vorstellungstermin in der NFA erforderlich ist, kann eine erneute kurze Einschätzung erfolgen, um ggfs. Veränderungen der Dringlichkeit einer stationären Behandlung zu bewerten.

Vitalstabile, aber abklärungsbedürftige Patienten werden vom Rettungsdienst auch diesem vorstationären Bereich zur weiteren Abklärung zugeführt werden, der dann entscheidet, ob eine ambulante Behandlung ausreicht oder eine weitere Diagnostik und Therapie im Krankenhaus erfolgen muss.

Die telefonische Einschätzung kann von ärztlichem ebenso wie von nicht-ärztlichem, erfahrenem Fachpersonal mit einem abgeschlossenem Gesundheitsfachberuf (Krankenpflege, Notfallsanitäter, Disponent mit entsprechender Ausbildung) vorgenommen werden; eine Entscheidung über einen Verbleib im ambulanten System ist fallabschließend jedoch nach dem Willen des Gesetzgebers ärztlich zu treffen (siehe dazu den Auftrag an den G-BA nach § 120 SGB V).

Sollte die Bahnungsentscheidung von weiteren unaufwändigen diagnostischen Untersuchungen abhängen (Laborwerte, EKG, Röntgenaufnahme, Ultraschall, etc.), kann das Krankenhaus konsiliarisch darin einbezogen

werden. Nach Vorliegen der Ergebnisse erfolgt dann die endgültige Festlegung durch das vertragsärztliche System, wo die weitere Behandlung erfolgen soll. Eine komplexe Diagnostik erfolgt nur in der Verantwortung des Krankenhauses.

Die Herausforderung an die KVen, ihren Sicherstellungsauftrag entsprechend auszudehnen und vollumfänglich wahrzunehmen, erfordert eine entsprechende Vorbereitung. Einige Länder haben die notwendigen Schritte bereits vorausschauend umgesetzt oder zumindest eingeleitet. Der Umstellungszeitraum sollte circa zwei Jahre betragen. Sollten punktuell die ärztlichen beziehungsweise pflegerischen Kompetenzen in diesem Zeitraum nicht vollständig von den KVen eingeworben werden können, können sie ggfs. durch Kooperationsverträge auf entsprechende Personalressourcen der Krankenhäuser zurückgreifen. Die Letztverantwortung für die Entscheidung am Tresen kann jedoch grundsätzlich nicht auf die Krankenhäuser übertragen werden. Dies ist im § 75 SGB V klarzustellen.

Krankenhäuser bieten zunehmend ambulante Leistungen an. Bei einer Realisierung der Überlegungen zu Hybrid-DRG<sup>9</sup>, die im Koalitionsvertrag erwähnt werden, wird sich dieser Trend noch verstärken. Wenn also leistungsfähige und breit aufgestellte „Ambulatorien“ an einzelnen Krankenhäusern vorhanden sind, können die KVen diese auch in ihr ambulantes Notfallangebot aufnehmen. Denkbar wäre, die Krankenhäuser für ausgewählte fachärztliche ambulante Behandlungen (z.B. in der „kleinen“ Traumatologie) zu ermächtigen.

Der Effekt dieser Maßnahmen auf die ambulante und stationäre Fallzahlentwicklung von Notfallpatientinnen und -patienten ist zu evaluieren.

**Die Festlegung, ob eine ambulante Behandlung im vertragsärztlichen System oder eine stationäre Aufnahme geboten ist, wird für alle Patientinnen und Patienten am Krankenhaus 24/7 in die Verantwortung der KVen gelegt. An den Standorten von stationären Notfallaufnahmen erfolgt eine vorstationäre vertragsärztliche Einschätzung der Krankheitsschwere, soweit keine vitale Gefährdung erkennbar ist. Zur Ersteinschätzung können auch einfache diagnostische Leistungen vom Krankenhaus angefordert werden, wenn dies die weitere Bahnung der Patientinnen und Patienten erleichtert.**

**Die KV kann ggfs. auch Krankenhauspersonal mit dieser Aufgabe betrauen, aber die Verantwortung für dieses „letzte Wegstück“ der ambulanten Versorgung nicht an das Krankenhaus abgeben. Sollten am oder im Standort nicht genügend vertragsärztliche Kapazitäten zur Verfügung stehen, kann das Krankenhaus zur vertragsärztlichen Behandlung ermächtigt werden.**

### **3.5 Standortentscheidung für die stationäre Notfallversorgung durch die Länder**

Die deutsche Krankenhauslandschaft steht, glaubt man den Ankündigungen aus der Politik<sup>10</sup> bis hin zur Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)<sup>11</sup>, vor dem lange notwendigen grundlegenden Änderungsprozess. Grundsätzliche Strukturen in Form von Versorgungsstufen, die Stärkung der ambulanten Leistungserbringung, der Finanzierungsmix und die notwendige Spezialisierung sind neu zu ordnen. Die knappen Personalressourcen werden nicht für ein „Weiter so!“ ausreichen. Eine Neuordnung kann auch mit einer Konzentration verbunden werden. Es wäre zielführend, diese grundlegenden Strukturänderungen der Versorgungslandschaft mit der Reform der stationären Notfallversorgung zu verbinden. Denn die Reform von einzelnen Teilen der komplexen

---

<sup>9</sup> Hybrid-DRG bezeichnet eine Leistung und deren Vergütung, die unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, identisch ist

<sup>10</sup> Siehe Koalitionsvertrag 20. Legislaturperiode a.a.O. S. 86 oder fast alle Koalitionsverträge auf Landesebene aus den letzten 2 Jahren

<sup>11</sup> Fair: Diskutieren, entscheiden, handeln, Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2021-04\\_DKG\\_Positionspapier\\_20.\\_Legislaturperiode.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2021-04_DKG_Positionspapier_20._Legislaturperiode.pdf)

Versorgungsstrukturen, bei der Planung, Investitionskostenfinanzierung, Leistungserbringung und -vergütung, Qualitätssicherung, aber auch die Abgrenzung gegenüber dem ambulanten Sektor untrennbar verbunden sind, bergen Teilreformen die Gefahr, nur und möglicherweise die falschen Symptome zu kurieren. Die erforderlichen grundlegenden Veränderungen, die Ausgestaltung der gesetzlichen und untergesetzlichen Rahmenbedingungen und letztendlich die Umstellung selbst – mit den vielen sich daraus ergebenden personellen, rechtlichen und finanziellen Problemen – bedürfen allerdings intensiver Diskussion und Vorbereitung sowie dem unbedingten Willen aller Beteiligten, der bislang fehlte. Daher erscheint es durchaus möglich und sinnvoll, einzelne Teilreformen vorzubereiten und vorzuziehen. Eine systematische Strukturreform muss allerdings folgen, um einen kalten und unsystematischen Strukturwandel zu verhindern, der dann im Ergebnis in ineffizienten Versorgungsstrukturen münden kann.

Die Reform der Notfallversorgung ist mit der Notfallstufung bereits eingeleitet worden. Dazu zählen auch vorbereitende Schritte, wie die Beauftragung des G-BA zur Ersteinschätzung. Diese Vorbereitungen rechtfertigen eine Teilreform für die Notfallversorgung. Sollten sich aus einer vorgezogenen Neuregelung für einzelne Standorte weiterführende Konsequenzen ergeben, sind diese im Einzelfall von den Krankenhausplanungsbehörden zu berücksichtigen. Auf die Möglichkeiten des Strukturfonds kann verwiesen werden.

Zur weiteren Klärung der Rahmenbedingungen ist der G-BA zu beauftragen, qualitative wie auch quantitative Anforderungen für Krankenhäuser mit stationärer Notfallversorgung zu entwickeln und sich dabei an der Notfallstufung zu orientieren

Wenn, wie vorgeschlagen, die ambulante Versorgung grundsätzlich der stationären Versorgung vorgeschaltet wird, ist die Notfallbehandlung in Krankenhäusern selbst Teil des stationären Leistungsgeschehens. Diese fällt in den Sicherstellungsauftrag der Länder bzw. wird Teil der Krankenhausplanung. Damit obliegt es den Ländern zu entscheiden, welche Krankenhäuser die stationäre Notfallbehandlung bedarfsgerecht unter den Gesichtspunkten von Effizienz und qualitätsorientierter Effektivität wahrnehmen sollen. Dabei sind von den Ländern die Empfehlungen des G-BA für die stationären Notfallstrukturen und die regionalen Gegebenheiten zu beachten. So kann eine Veränderung der Zahl oder Struktur der Krankenhausstandorte mit NFA Auswirkungen auf die Rettungsdienste haben, wenn sich die Wegezeiten verändern.

Die Festlegung der Standorte erfolgt im Benehmen mit den Krankenkassen, der jeweiligen Landes-Krankenhausesellschaft und den räumlich zuständigen Rettungsdiensten.

Da die KVen besonders in Ballungsgebieten nicht an allen heutigen Standorten von stationären Notfallaufnahmen zusätzliche Strukturen aufbauen können, hat die Ausweisung der Krankenhausplanung für die Notfallversorgung auch direkte Auswirkungen auf den Sicherstellungsauftrag der KV. Es ist zu prüfen, ob die Sicherstellungsverantwortung der KVen für die ambulante Versorgung eine Einvernehmungspflicht zwischen Land und KV bei der Standortauswahl auslöst. Falls ja, ist zu regeln, dass eine Entscheidung in einem definierten Zeitraum erfolgt.

Krankenhäuser ohne entsprechende Ausweisung im Krankenhausplan dürfen keine Notfälle behandeln, von Erste-Hilfe-Leistungen abgesehen.

Einige Länder haben solche Definitionen von Standorten bereits in ihrem Krankenhausplan vorgenommen, andere beschreiben die Notfallversorgung der Krankenhäuser eher deskriptiv. Um hier zu einer eindeutigen Regelung zu kommen, sollte in § 6 KHG die Klarstellung aufgenommen werden, dass die Krankenhausnotfallversorgung in der Krankenhausplanung länderseitig festzulegen ist.

**Es wäre nachvollziehbar, anstehende grundlegende Strukturänderungen der stationären Versorgungslandschaft mit der Reform der stationären Notfallversorgung zu verbinden. Aufgrund der bereits erfolgten und eingeleiteten Vorarbeiten ist es aber vertretbar, die Reform der Notfallversorgung vorzuziehen. Dabei spricht sich das Panel dafür aus, die Auswahl der Krankenhäuser mit Notfallaufnahmen gesetzlich den**

**Krankenhaus-Planungsbehörden im Rahmen ihrer Sicherstellung zu übertragen. Die Entscheidungen berücksichtigen die Auswirkungen auf die Rettungsdienste und sind im Benehmen mit den für das Rettungswesen zuständigen Fachbehörden, den Krankenhausgesellschaften und den Krankenkassen zu treffen. Es ist zu prüfen, ob die Sicherstellungsverantwortung der KVen für die ambulante Versorgung eine Einvernehmungspflicht zwischen Land und KV bei der Standortauswahl auslöst. In diesem Fall wäre eine Entscheidung in einem definierten Zeitraum zu treffen. Die Ausweisung der entsprechenden Standorte wird Teil der Landeskrankenhausplanung.**

**Um ein bundesweit abgestimmtes Vorgehen bei der Auswahl zu ermöglichen, wird der G-BA beauftragt, Empfehlungen für Indikatoren, Maßzahlen oder andere Bedingungen zur Ausweisung von Krankenhäusern mit Notfallaufnahmen zu entwickeln und den Ländern zur Verfügung zu stellen.**

### **3.6 Die neue Gemeinsamkeit auf allen Ebenen entwickeln und gewährleisten**

Die Expertinnen und Experten des Panels haben für die drei Ebenen<sup>12</sup> der Notfallversorgung eine optimierte Abstimmung, ein gemeinsames, umfassendes und transparentes Informationssystem sowie zusätzliche Unterstützungsangebote vorgestellt.

Ziel ist es, in einem Gesamtsystem nach algorithmisch unterstützten fachlichen Prüfungen die jeweils richtige Versorgungsoption für medizinische Notfälle zu definieren.

Es ist eine Herausforderung für alle beteiligten Dienste und Institutionen, die Veränderungen der bisher eingespielten Sichtweisen und Handlungsmuster zu akzeptieren, sich als Teil eines Ganzen zu verstehen und eine neue, verlässliche gemeinsame Struktur anzunehmen. Daher ist es wichtig, ein Zielbild der neuen Kooperation zu entwickeln und damit Gelingensbedingungen zu definieren.

Generell gilt:

- Jede weiterbehandelnde Stelle soll einen Online-Zugriff auf die vorgelagert erhobenen Informationen haben.
- Alle ambulant zur Verfügung stehenden ärztlichen und sonstigen unterstützenden Ressourcen sollen online von jeder Ebene der Notfallversorgung einzusehen und abzurufen sein.
- Dies schließt ausdrücklich ein, dass die ambulanten, haus- und fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten incl. des aufsuchenden KV-Notdienstes innerhalb und außerhalb der Sprechzeiten jederzeit transparent sein müssen. Die KV hat diese Transparenz zu gewährleisten.

Auf der 1. Ebene des telefonischen Erstkontaktes der Hilfesuchenden mit einer der beiden Leitstellen sollen die jeweiligen digital erfassten Informationen, die aus den – zwischen den Leitstellen abgestimmten – Ersteinschätzungssystemen gewonnen wurden, durchgehend eine nahtlose Übergabe zwischen den Leitstellen ermöglichen. Die Kriterien für eine solche schnelle digitale Übergabe sind zu definieren. Sowohl die Rettungsleitstellen als auch die Notdienstzentrale der KV können jederzeit auf telemedizinische ärztliche Kompetenz der KV zurückgreifen und diese in ihre Entscheidungsfindung einbinden.

---

<sup>12</sup> 1. Ebene: Telefonische Ersteinschätzung durch die Leitstellen, 2.Ebene: Aufsuchen der Notfallpatientinnen durch Vertragsärzte oder den Rettungsdienst, 3. Ebene: Vorstellung am Krankenhaus zur fallabschließenden Diagnostik und Therapie.



Eine zusätzliche Option zur ärztlichen Videotelefonie mit den Patienten oder den Fachkräften der 2. Ebene (s.u.) zur Unterstützung oder Absicherung ist vorzusehen: Perspektivisch ist dieses vertragsärztliche telemedizinische Angebot um für die Notfallversorgung relevante fachärztlicher Kompetenzen zu erweitern.

Auf der 2. Ebene kann die Rettungsfachkräfte zusätzlich in der Häuslichkeit der Notfallpatientinnen und -patienten oder an anderen Orten auf das notfallmedizinische Telenotarztssystem zurückgreifen.

Soweit eine weiterführende ambulante Behandlung ausreichend ist, können die dafür in Betracht kommenden Patientinnen und Patienten an das vertragsärztliche System überwiesen werden. Zur Abstimmung können dabei die telemedizinisch tätigen Ärzte der KV kontaktiert werden. Der Rettungsdienst, aber auch der kassenärztliche aufsuchende Bereitschaftsdienst optimieren ihre ambulanten Handlungsoptionen durch die kurzfristige, vertragliche Einbeziehung der einzurichtenden pflegerischen und palliativen Notdienste, an die sie Patientinnen und Patienten zur Vermeidung einer Einweisung übergeben können. Dies muss mit einer entsprechenden Finanzierung hinterlegt werden.

Auf der letzten Ebene, der vorstationären Einschätzung, müssen alle Vorinformationen über die jeweiligen Notfallpatientinnen und -patienten, soweit sie in der 1. oder 2. Ebene erhoben worden sind, vorliegen, um eine schnelle Entscheidung über die weitere Behandlungsform treffen zu können. Bei Lebensgefahr oder zur sonstigen Gefahrenabwehr werden Personen direkt vom Rettungsdienst ins Krankenhaus gebracht.

**Ziel der Reform der Notfallversorgung ist eine schnelle und abgestimmte Versorgungskette ohne Schnittstellenverluste und Fehlallokationen. Auf allen Ebenen sind fachlich begründete Entscheidungen über den der Krankheitsschwere angemessenen Behandlungsort und -zeitpunkt zu treffen. Wenn es eine fachliche Wahlmöglichkeit gibt, gilt das Primat der ambulanten Versorgung. Die mit der Reform verbundenen Veränderungen setzen eine hohe Kooperationsbereitschaft aller beteiligten Stellen und Dienste voraus. Dazu sind klar strukturierte und verlässliche Strukturen und Abläufe sowie unterstützende Optionen vorzuhalten, die auch über die bisherigen Zuständigkeiten hinweg nutzbar sein müssen. Nur wenn solche „Gelingensbedingungen“ gewährleistet werden, kann zwischen allen beteiligten Hilfssystemen eine Kultur des gemeinsamen Handelns und eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten ermöglicht werden.**

**Adresse | Kontakt**

Bertelsmann Stiftung  
Carl-Bertelsmann-Straße 256  
33311 Gütersloh

Dr. Jan Böcken  
Senior Project Manager  
Telefon +49 5241 81-81462  
jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de

[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)