

## Antrag

der Fraktion der CDU/CSU

### Notfallversorgung in Deutschland weiterentwickeln und Zugang zu Notfallambulanzen gezielter steuern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Notfallversorgung in Deutschland ist über die letzten Jahre hin selbst zu einem Notfall geworden:

Rettungsdienste und Notaufnahmen sind dauerhaft überlastet, Notärzte, ärztliches und weiteres medizinisches sowie pflegerisches Personal kommen aufgrund der Vielzahl der Fälle nicht selten an die Grenzen ihrer Arbeits- und Belastungsfähigkeit (vgl. u. a. [www.tagesschau.de/inland/notfall-reform-lauterbach-101.html](http://www.tagesschau.de/inland/notfall-reform-lauterbach-101.html)). Bei dieser dauerhaft hohen Belastung sinken Motivation und Einsatzbereitschaft des quantitativ abnehmenden Notfallpersonals, das sich immer mehr Patientinnen und Patienten gegenüber sieht, die sich oft ohne jegliche telefonische Vorabklärung über die Notrufnummer 112 oder den von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bereitgestellten ärztlichen Bereitschaftsdienst direkt in die ambulanten Notaufnahmen der Krankenhäuser begeben (vgl. u. a. [www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-notaufnahme-krankenhaus-ueberlastung-100.html](http://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-notaufnahme-krankenhaus-ueberlastung-100.html)).

Dass der Reformbedarf in der deutschen Notfallversorgung eklatant und dringend ist, ist politisch unstrittig und auf wissenschaftlicher und politischer Ebene vielfach kommuniziert. Zuletzt wurde in der letzten Legislaturperiode eine umfangreiche Reform der Notfallversorgung auf den Weg gebracht, die sehr weitgehend den Empfehlungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Gutachten 2018: [www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018/](http://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018/)) folgte, jedoch wegen inhaltlicher Diskrepanzen mit einigen Bundesländern und wegen der Corona-Pandemie schlussendlich nicht umgesetzt werden konnte (siehe etwa [www.zeit.de/politik/deutschland/2019-07/gesundheitsminsiter-jens-spahn-gesetzesentwurf-notfallversorgung](http://www.zeit.de/politik/deutschland/2019-07/gesundheitsminsiter-jens-spahn-gesetzesentwurf-notfallversorgung)).

Auch die aktuelle Bundesregierung hat diese wichtige politische Aufgabe in ihren Koalitionsvertrag aufgenommen (siehe Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP „Mehr Fortschrittswagen, S. 66: [www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag\\_2021-2025.pdf](http://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf)). Eine vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) ernannte Regierungskommission hat dazu am 13. Februar 2023 Empfehlungen unter dem Titel „Reform der Notfall- und Akutver-

sorgung in Deutschland: Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen“ vorgelegt (siehe [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte\\_Stellungnahme\\_Regierungskommission\\_Notfall\\_ILS\\_und\\_INZ.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf)). Diese Empfehlungen sind aus Sicht der Antragsteller durchaus beachtenswert, allerdings üben Ärztevertreter und beteiligte Fachverbände hieran bereits erhebliche Kritik (vgl. u. a. [www.aerzteblatt.de/nachrichten/141037/Plaene-fuer-Notfallversorgung-stossen-weiter-auf-harte-Kritik](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/141037/Plaene-fuer-Notfallversorgung-stossen-weiter-auf-harte-Kritik)).

Unabdingbar im Rahmen der anstehenden Reform ist aus Sicht der Antragsteller eine qualifizierte Ersteinschätzung und sodann effiziente und zielgerichtete Koordinierung der Patientinnen und Patienten im Vorfeld eines Rettungseinsatzes bzw. bevor vermeintliche Notfall-Patientinnen und -Patienten die Notaufnahme in einem Krankenhaus in Eigenregie aufsuchen. Denn viele der hier vorstellig werdenden Patientinnen und Patienten sind Bagatellfälle und keine Notfälle im medizinischen Sinne. So sind nach einer Erhebung aus dem Jahr 2022 in Berlin zwei Drittel der Notaufnahme-Patientinnen und -Patienten keine echten Notfälle (siehe etwa [www.tagesspiegel.de/berlin/uberlastete-rettungsstellen-in-berlin-zwei-drittel-der-notaufnahmen-patienten-sind-keine-notfalle-8673979.html](http://www.tagesspiegel.de/berlin/uberlastete-rettungsstellen-in-berlin-zwei-drittel-der-notaufnahmen-patienten-sind-keine-notfalle-8673979.html)). Diese Fälle können medizinisch verantwortbar auch vom ärztlichen Bereitschaftsdienst, in niedergelassenen Bereitschaftsdienst-Praxen der KVen oder teilweise auch im Rahmen der regulären Sprechstunden in niedergelassenen Praxen gut versorgt werden statt Rettungsdienste unnötig zu binden und Notfallambulanzen zu verstopfen, deren Kapazitäten dringend für echte Notfälle freigehalten werden müssen.

Daher ist es zwingend erforderlich, die Gesundheitskompetenz der Bürger zu stärken und ein Bewusstsein dafür zu schaffen, was ein „echter“ Notfall ist und was nicht. Um dies frühzeitig zu fördern, sollten bereits an den Schulen zukünftig Schulgesundheitsfachkräfte unseren Kindern und Jugendlichen grundlegendes Wissen über Gesundheit und unser Gesundheitssystem vermitteln und dadurch die Eigenverantwortung von klein auf stärken. Dies steht im Einklang mit einem auf Prävention ausgerichteten Gesundheitssystem. Zudem muss die Hotline des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116 117 im Rahmen einer umfassenden Öffentlichkeitskampagne bekannter gemacht werden und konzeptionell auf eine neue Basis gestellt werden. Hier kann stets eine professionelle, strukturierte Ersteinschätzung und Einsteuerung in die jeweils angemessene Versorgungsebene erfolgen, konkret also, ob es sich um einen akuten Notfall handelt, der im Rahmen eines Rettungsdienstes sofort zum nächstgeeigneten Krankenhaus transportiert werden muss, oder ob andere Formen der ärztlich-medizinischen Versorgung, z. B. im Rahmen eines Hausbesuchs eines KV-Arztes, in Frage kommen. Hierbei müssen auch telemedizinische Möglichkeiten weiter ausgebaut werden, über die die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige eine professionelle Ersteinschätzung und ggf. auch abschließende Beratung erhalten können.

Sinnvollerweise sollten in einem weiteren Schritt die Notrufnummer 112 und die Hotline 116 117 des ärztlichen Bereitschaftsdienstes unter Berücksichtigung der Träger- und Finanzierungsstruktur so vernetzt werden, dass potentielle Notfall- und Akutpatienten, die die Notfallnummer 112 wählen, nach fachlicher telefonischer Ersteinschätzung jedoch keine echten Notfälle sind, intern an den ärztlichen Bereitschaftsdienst (116 117) weitervermittelt werden können. So würden Unsicherheiten in der Bevölkerung in einer subjektiv als „Notfall“ empfundenen Situation beseitigt, wenn in der konkreten Stresssituation eine persönliche Unsicherheit besteht, welche Nummer gewählt werden soll.

In diesem Zusammenhang ist es ebenfalls wichtig, den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu stärken, um die ambulante ärztliche Versorgung außerhalb der regulären Sprechstunden weiterhin uneingeschränkt und niedrigschwellig zur Verfügung stellen zu können und um so auch die Notaufnahmen zu entlasten. Der kassenärztliche Notdienst beziehungsweise Bereitschaftsdienst gemäß § 75 Absatz 1b SGB V wird in den letzten Jahren immer stärker in Anspruch genommen. Dies sorgt jedoch für einen erheblichen

Mehraufwand bei den KVen, um eine flächendeckende Sicherstellung zu ermöglichen. Allein über die Vertragsärztinnen und -ärzte kann der Bedarf nicht mehr abgedeckt werden, so dass bis zu 50 Prozent oder mehr der Dienste über Nichtvertragsärztinnen und -ärzte (sogenannte Poolärztinnen/-ärzte) abgedeckt werden. Zusätzlich sorgen sogenannte Bereitschaftspraxen der KVen an vielen Krankenhausstandorten, insbesondere für die Überbrückung der sprechstundenfreien Zeiten, für Entlastung der Notaufnahmen und der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, insbesondere in weniger stark versorgten Gebieten wie ländlichen Regionen.

Der weitere Betrieb des Bereitschaftsdienstes wird jedoch durch jüngste Entscheidungen der Deutschen Rentenversicherung gefährdet, indem diese neuerdings die Tätigkeit der Poolärztinnen und Poolärzte zum Teil als eine abhängige und somit sozialversicherungspflichtige Beschäftigung einstuft. Vor diesem Hintergrund würden viele der freiwillig teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte den Dienst in einer Bereitschaftspraxis ablehnen und sie würden somit dem System, welches diese so dringend benötigt, entzogen.

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, sollte in Anlehnung an die Ausnahmeregelung des § 23 c Absatz 2 SGB IV für Notärzte im Rettungsdienst eine entsprechende Regelung für die Poolärztinnen und Poolärzte umgesetzt werden.

Wichtig für Rettungsdienste, Notärzte und Krankenhauspersonal ist zudem der schnelle Zugang zur elektronischen Patientenakte der/des jeweiligen Notfall-Patientin bzw. -Patienten, um schnell und zielgerichtet medizinisch tätig werden zu können und um mögliche Komplikationen bei den beim medizinischen Personal oft nicht persönlich bekannten Notfällen von vornherein ausschließen zu können.

Im Weiteren muss – etwa nach dem dänischen Modell (siehe etwa [www.aerzteblatt.de/nachrichten/118202/Notfallversorgung-Experten-befuerworten-daenisches-Modell](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/118202/Notfallversorgung-Experten-befuerworten-daenisches-Modell)) – erreicht werden, dass Patientinnen und Patienten ausschließlich nach einer telefonisch oder telemedizinisch erfolgten Ersteinschätzung entweder über die Rufnummer 116 117 oder über eine mit der Notrufnummer 112 integrierte Leitstelle und mit einem dabei erteilten Termin Zugang in die Notaufnahme erlangen. Patientinnen und Patienten, die sich direkt in die Notfallambulanz begeben, sind grundsätzlich entweder auf das Verfahren bzw. in die entsprechende Versorgungsebene zu verweisen. Ausgenommen sind Patientinnen und Patienten, die eine ärztliche Über- oder Einweisung haben oder mit dem Rettungsdienst eingeliefert werden.

Nach Überzeugung der Antragsteller würden dadurch Rettungsdienste und Notfallambulanzen spürbar entlastet und insbesondere die Qualität und Intensität der Behandlung von echten Notfällen deutlich gesteigert. Zudem sind Ausbildungsinitiativen, moderne Arbeitszeitmodelle sowie angemessene Bezahlung notwendig, um den Rettungs- und Notarzdienst wieder attraktiver zu gestalten und der aktuellen Berufsfucht sowie Besetzungsschwierigkeiten entgegenzuwirken. Zudem sollten psychosoziale Krisendienste bundesweit eingeführt werden, um Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter und Notärztinnen und Notärzte zu entlasten. Denn diese sind für eine sichere Notfallversorgung der Bürgerinnen und Bürger unentbehrlich. Freilich müssen diese Maßnahmen im Einklang mit der geplanten Krankenhausreform stehen.

- II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel auf,
  1. in dieser Legislaturperiode zeitnah und im Einklang mit der geplanten Krankenhausreform eine Reform der Notfallversorgung in Deutschland endlich umzusetzen, die Rettungsdienste und Notfallambulanzen spürbar entlastet und gleichzeitig die Qualität der Behandlung echter Notfälle steigert;
  2. im Rahmen einer breiten Öffentlichkeitskampagne die Gesundheitskompetenz der Bürger zu stärken, das Bewusstsein für Dringlichkeiten zu schärfen sowie die

- Rufnummer 116 117 des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVen bekannter zu machen und deren Erreichbarkeit sicherzustellen;
3. den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften in den Schulen durch ein bundesweites Förderprogramm zu unterstützen, um das Wissen über Gesundheit und sowohl die Eigenverantwortung als auch den Präventionsgedanken generell zu stärken;
  4. kurzfristig die Notrufnummer 112 und die Hotline 116 117 des ärztlichen Bereitschaftsdienstes unter Berücksichtigung der Träger- und Finanzstruktur so zu vernetzen, dass Anrufer, die aus medizinischer Sicht keine echten Notfälle sind, intern an den ärztlichen Bereitschaftsdienst (116 117) weitervermittelt werden können;
  5. für eine optimierte professionelle (ärztliche) Ersteinschätzung und ggf. auch abschließende Beratung die Möglichkeiten der Telemedizin weiter auszubauen;
  6. zügig den flächendeckenden Aufbau der elektronischen Patientenakte voranzutreiben, um eine schnelle, individuelle und effiziente Akutbehandlung gewährleisten zu können;
  7. bundesweit eine im Hintergrund agierende, klar strukturierte und digital unterstützte Kommunikation zwischen den beteiligten Institutionen der kommunalen Rettungsdienste, der Innenbehörden der Länder, der KVen, der Krankenhäuser und der Gesundheitsministerien von Bund und Ländern zu schaffen, die sicherstellt, dass Systeme und Prozeduren zur Ersteinschätzung der Dringlichkeit des Falles und zur Einsteuerung in die adäquate Versorgungsebene angeglichen werden und für alle beteiligten Akteure standardisierte Prozesse und Kriterien schafft;
  8. mit den KVen flächendeckend Bereitschaftspraxen in räumlicher Nähe zu oder an Notfallambulanzen weiter stärker zu etablieren, so dass Patientinnen und Patienten nach einer Ersteinschätzung zielgenau einer Behandlung in der entsprechenden Versorgungsebene zugewiesen werden können und dabei einen barrierefreien Zugang von Menschen mit Behinderung sicherzustellen;
  9. gesetzliche Steuerungselemente zu verankern, die analog dem dänischen Modell sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten primär nur nach einer telefonischen oder telemedizinischen Ersteinschätzung und mit einem hier vergebenen Termin Zugang in die Notaufnahme erhalten. Ausgenommen sollen die Patientinnen und Patienten sein, die eine ärztliche Über- oder Einweisung haben oder mit dem Rettungsdienst eingeliefert werden;
  10. in Anlehnung an die Ausnahmeregelung des § 23c Absatz 2 SGB IV für die nebenberufliche Tätigkeit von Nichtvertragsärztinnen und -ärzten, die freiwillig im Rahmen des Notdienstes beziehungsweise Bereitschaftsdienstes der KVen außerhalb des Rettungsdienstes tätig werden, eine entsprechende Ausnahme in einem neuen § 23c Absatz 3 SGB IV einzuführen;
  11. einen Bund-Länder-Gipfel zu initiieren, um bundesweit Ausbildungskapazitäten und -möglichkeiten, Entlastungspotenziale wie psychosoziale Notdienste und attraktive Rahmenbedingungen im Rettungsdienst für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sowie Notärztinnen und Notärzte anzuschieben, um diese Dienste bundesweit attraktiver und damit zukunftsfähig zu gestalten.

Berlin, den 13. Juni 2023

**Friedrich Merz, Alexander Dobrindt und Fraktion**