

Antrag

der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, Claudia Weiss, Kay-Uwe Ziegler, Thomas Dietz, Joachim Bloch, Tobias Ebenberger, Nicole Hess, Dr. Christoph Birghan, Birgit Bessin, Kerstin Przygodda, Alexis L. Giersch, Martina Kempf, Stefan Möller, Dr. Paul Schmidt, Gereon Bollmann, Thomas Fetsch und der Fraktion der AfD

Medizinische Notfallversorgung schnell, qualitativ hochwertig und bezahlbar gestalten

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Im Falle eines medizinischen Notfalls stehen den Menschen verschiedene Anlaufstellen zur Verfügung.

So zum einen die Praxen niedergelassener Ärzte und mit diesen systematisch verbunden der jeweilige Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), auf den bei tageszeit- und wochentagsbedingt geschlossenen Praxen regelmäßig verwiesen wird. Dieser Bereitschaftsdienst wird teils an festen Standorten (Notdienstpraxen)¹ überwiegend aber als fahrender Bereitschaftsdienst organisiert. Dieser Bereitschaftsdienst ist Teil der ambulanten medizinischen Versorgung. Die bundesweit einheitliche Rufnummer hierfür ist 116117.^{2,3}

Parallel stehen zweitens die Rettungsstellen der Krankenhäuser – somit das System der stationären Versorgung – als Anlaufstelle zur Verfügung.

Dritter Ansprechpartner ist der nach den jeweiligen Landesgesetzen organisierte Rettungsdienst, der keinem der beiden Systeme zuzuordnen ist und als Teil des Katastrophenschutzes verstanden wird. Er ist bundesweit unter 112 erreichbar.

Die Finanzierung und Vergütung sind in den drei Systemen unterschiedlich. Während im ambulanten Bereich die üblichen Abrechnungsmodalitäten zwischen Ärzten, Kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) bzw. Patienten im Bereich der privaten Krankenversicherung (PKV) zur Anwendung kommen, gibt es für ambulante Leistungen in den Krankenhäusern in der stationären Versorgung zwar analoge Gebührenordnungen. Manche Leistungen, die dort vor dem Hintergrund und Inanspruchnahme von Krankenhauseinrichtungen durchgeführt werden

¹ www.kvberlin.de/fuer-patienten/aerztlicher-bereitschaftsdienst-116117

² www.116117.de/de/index.php

³ www.kbv.de/html/aerztlicher_bereitschaftsdienst.php

– wie zum Beispiel Beobachtung eines Patienten über einige Stunden – können ambulant nicht abgerechnet werden.⁴

Im dritten System, dem der Notfallrettung werden die Gebühren auf Basis der für die Vorhaltung entstehenden Kosten meist auf kommunaler Ebene festgelegt, wobei sie anschließend von den gesetzlichen Krankenversicherungen zu erstatten sind, die auf deren Höhe nur einen geringen und teils gar keinen Einfluss haben.⁵

Dieses aktuelle System funktioniert nicht – weder bezüglich der schnellen Erreichbarkeit der medizinischen Hilfe noch bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Finanzierung.

Die aktuelle Situation ist gekennzeichnet durch lange Zeiten in den Warteschleifen der Telefonzentralen der Ärztlichen Bereitschaftsdienste^{6,7}, anschließende Wartezeiten bis zum Eintreffen des Bereitschaftsarztes, stundenlange Wartezeiten in den Warteräumen der Krankenhausrettungsstellen^{8,9} und regional durch Überlastung des Rettungsdienstes mit Nichteinhalten der Hilfsfristen.^{10,11,12}

Die Einsätze im Rettungsdienst nehmen weiter zu statt ab.^{13,14} Ein großer Teil davon sind keine Rettungseinsätze in Notfallsituationen, sondern decken einen Hilfebedarf ab, der auch von niedergelassenen Ärzten und ihren Bereitschaftsdiensten oder sogar von Pflegeeinrichtungen oder anderen wegen Defiziten in sozialen Bedarfen bewältigt werden könnte.¹⁵

Als Grund für die Zunahme der Einsätze des Rettungsdienstes gilt neben einer wachsenden Anspruchshaltung der Bevölkerung¹⁶ auch die Unkenntnis der Bevölkerung über die Aufgaben der unterschiedlichen Akteure in der Versorgung.¹⁷

Allerdings zeigen vorhandene Daten von Zeitreihen von Anrufen beim Rettungsdienst und dem Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), dass der Anstieg der Zahl der Rettungseinsätze bezüglich des Anstiegs der Anrufe in der Rettungsleitstelle überproportional ist.¹⁸ Von 2018 bis 2021 stieg z. B. die Zahl der Anrufe beim Rettungsdienst im Landkreis Karlsruhe um 6 %, die der Rettungsdiensteinsätze aber um 17 %.

⁴ www.bundestag.de/resource/blob/845486/051a7903d33af5b14ba80d13da8fd14c/19_14_0343-6-1-_GKV-Spitzenverband_Notversorgung-data.pdf - S. 5

⁵ www.vdek.com/LVen/HAM/fokus/Rettungsdienst/RettungsdienstKosten.html#:~:text=Der%20Rettungsdienst%20ist%20im%20neuen,von%20534%20auf%20616%20Euro

⁶ www.berliner-zeitung.de/mensch-metropole/berlin-notruf-der-feuerwehr-das-ewige-warten-bis-der-krankenwagen-kommt-li.230753

⁷ www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/notruf-nummer-101.html

⁸ www.berliner-zeitung.de/mensch-metropole/vivantes-rettungsstellen-pflegekraefte-beklagen-gefaehrliche-zustaeude-li.255920

⁹ www.augsburger-allgemeine.de/landsberg/landsberg-chemann-einer-patientin-prangert-klinikum-landsberg-an-id62065376.html

¹⁰ www.berliner-zeitung.de/news/rettungsdienst-ueberlastung-berliner-feuerwehr-rueckt-nicht-mehr-zu-jedem-notfall-aus-li.250288

¹¹ www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheitsstuttgart-starke-zunahme-der-rettungseinsaetze-in-baden-wuerttemberg-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-220520-99-369533

¹² www.dgre.org/partner/bundnis-pro-rettungsdienst/

¹³ www.nw.de/lokal/bielefeld/mitte/23618477_112-Rekord-Anruftzahlen-in-Bielefelder-Notrufzentrale.html

¹⁴ www.soester-anzeiger.de/lokales/kreis-soest/rettungsdienst-einsatzzahl-explodiert-gutachten-ist-schon-in-die-tonne-zu-treten-92111946.html

¹⁵ www.bibliomed-pflege.de/news/kooperation-zwischen-altenhilfe-und-rettungsdienst

¹⁶ www.faz.net/aktuell/rhein-main/immer-mehr-bagatellfaelle-beim-rettungsdienst-18436169.html

¹⁷ s. FN 12

¹⁸ www.landkreis-karlsruhe.de/PDF/06102022_TOP_003.PDF?ObjSvrID=3051&ObjID=4700&ObjLa=1&E-xt=PDF&WTR=1&_ts=1665133064

Währenddessen stieg die Zahl der Anrufe beim Bereitschaftsdienst der KV sogar um 72 %, dessen Einsatzzahl aber nur um 27 %. Über alle Anrufe (Rettungsdienst plus KV plus Krankentransport) zeigte sich eine Steigerung der Anrufzahl um 10 %, die zur besagten Zunahme der Rettungsdiensteinsätze um 17 % führte.

Für Berlin wurde darauf hingewiesen, dass bei seit den 90er-Jahren fast unveränderten Zahlen von Notrufen beim Rettungsdienst mittlerweile über doppelt so viele Einsätze des Rettungsdienstes gefahren werden.¹⁹

Nicht nur Laien, also die Bevölkerung mit fehlender Detailkenntnis zu den verschiedenen Aufgabenbereichen oder deren gestiegene Anspruchshaltung tragen somit zum Anstieg der Rettungseinsatzzahlen bei, sondern auch professionelle Akteure im Gesundheitssystem selbst.

Das sehen die dort Handelnden durchaus selbstkritisch, machen aber auch den rechtlichen Rahmen ihre Tätigkeit dafür verantwortlich: So heißt es im entsprechenden Positionspapier der Johanniter, einer der größten in den Rettungsdienst eingebundenen Hilfsorganisationen, die Leitstellenmitarbeiter würden selbst bei „offensichtlichen Nicht-Notfällen“ einen Rettungswagen entsenden „aus Angst vor rechtlichen Auseinandersetzungen“.²⁰ Den zum Einsatzort geschickten Notfallsanitätern mangle es dann zum Teil „an entsprechenden Freigaben“, um den Patienten vor Ort abschließend zu versorgen bzw. an andere Versorgungsstrukturen zu verweisen, Folge sei dann der Transport in die Notaufnahme, was sowohl den Rettungsdienst als auch die Notaufnahme systemfremd unnötig bindet.²¹

Die Notfallrettung in Deutschland muss also grundlegend reformiert werden. Dafür müssen bundesweit gemeinsame Rettungsleitstellen als alleinige telefonische Ansprechstellen für die Hilfesuchenden im medizinischen Notfall unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 112 geschaffen werden, die das Nebeneinander von KV- und Rettungsleitstellen beenden. Dort muss auch unter Nutzung im nichtmedizinischen Alltag schon etablierter Techniken wie Videoanruf etc. eine ärztliche Erstschtzung und eine Zuordnung des Falles erfolgen.

Desweiteren müssen die bisherige Rettungsstelle durch eine Portalpraxis ergänzt werden und um Schnittstellenprobleme und unnötige stationäre Aufnahmen zu vermeiden sowie um medizinisch unnötige Transporte ins Krankenhaus zu minimieren, ein gemeinsames Abrechnungssystem für ambulante Leistungen in Notfällen für niedergelassene Ärzte, den KV-Bereitschaftsdienst, die Krankenhäuser, Portalpraxen und den Rettungsdienst eingeführt werden, mit dem gewährleistet wird, dass eine ambulante Versorgung durch den Rettungsdienst unabhängig vom Transport vergütet werden kann.

Die Leistungen des Rettungsdienstes müssen dafür als Leistungsbereich ins SGB V aufgenommen werden und damit als das vergütet werden, was sie im Wesentlichen sind, nämlich ein Teil der medizinischen Versorgung.

Weil z. B. ambulante Maßnahmen des Rettungsdienstes ohne Transport nicht vergütet werden können, resultieren unnötige Patientenvorstellungen in den Rettungsstellen der Krankenhäuser. Auch weil nicht alle erforderlichen Maßnahmen im Krankenhaus ambulant abgerechnet werden können²², resultieren unnötige stationäre Aufnahmen ins Krankenhaus.

¹⁹ www.rettungsdienst.de/news/rettungsdienst-druck-auf-die-politik-waechst-69820

²⁰ https://assets.johanniter.de/JUH/Bundesgeschaeftsstelle/Dokumente/Politik/Stellungnahmen/Johanniter_Positionspapier-Patient_im_Mittelpunkt.pdf

²¹ ebd.

²² s. FN 4

Das gesamte System der medizinischen Notfallversorgung muss organisatorisch und in Hinsicht auf die Finanzierung von Grund auf reformiert werden. Nur so kann die schnelle Erreichbarkeit des Arztes im Notfall endlich sichergestellt und die Finanzierbarkeit langfristig gewährleistet werden.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, sicherzustellen, dass

1. bundesweit gemeinsame Rettungsleitstellen als alleinige telefonische Ansprechstellen für die Hilfesuchenden im medizinischen Notfall unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 112 geschaffen werden, die das Nebeneinander von KV- und Rettungsleitstellen beenden. Dort soll zukünftig auch unter Nutzung im nichtmedizinischen Alltag schon etablierter Techniken wie Videoanruf etc. eine ärztliche Erstschtzung und eine Zuordnung des Falles in eine der drei Kategorien Bereitschaftsdienst der KV (mit Zuordnung entweder zu einem Standort der KV, z. B. Notdienstpraxis oder zum fahrenden Bereitschaftsdienst der KV) bzw. zum Krankenhaus oder zum Rettungsdienst erfolgen. Der Hilfesuchende bekommt sofort das Zuordnungsergebnis sowie die Mitteilung darüber, was nun geschieht oder zu geschehen hat („Es kommt der Bereitschaftsarzt/Rettungswagen/Notarzt des Rettungsdienstes!“, „Gehen Sie jetzt in die Notfallpraxis in der So-wiesostraße, Sie werden dort erwartet!“, „Begeben Sie sich in das XY-Krankenhaus, Sie werden dort erwartet!!“ o. ä.); der Hilfesuchende muss keinen weiteren Anruf, keine weitere Anmeldung o. ä. tätigen;
2. an allen betreffenden Krankenhäusern die bisherige Rettungsstelle durch eine Portalpraxis, in der Vertragsärzte tätig werden, ergänzt wird, die sowohl für Patienten, die sich auf Aufforderung der neuen gemeinsamen Leitstelle als auch für Patienten, die sich ohne vorherigen telefonischen Notruf direkt zum Krankenhaus begeben, dort der einzige Ansprechpartner ist;
3. Schnittstellenprobleme hierbei und unnötige stationäre Aufnahmen, die aus reinen Abrechnungsgründen erfolgen, zu vermeiden sowie um medizinisch unnötige Transporte ins Krankenhaus zu minimieren, ein gemeinsames Abrechnungssystem für ambulante Leistungen in Notfällen für niedergelassene Ärzte, den KV-Bereitschaftsdienst, die Krankenhäuser und Portalpraxen und den Rettungsdienst eingeführt und mit diesem gewährleistet wird, dass auch die ambulante Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen im Hintergrund – zum Beispiel bei längerer Beobachtung des Patienten – ohne formale stationäre Aufnahme möglich wird und dass ambulante medizinische Leistungen durch den Rettungsdienst unabhängig vom Transport vergütet werden können;
4. die Leistungen des Rettungsdienstes insgesamt – das heißt inklusive Transport – als Leistungsbereich ins SGB V aufgenommen werden;
5. den Mitarbeitern in den Rettungsleitstellen ermöglicht wird, neben Rettungsdiensteinsätzen und Einsätzen des Qualifizierten Krankentransports auf Basis der Schilderung der jeweiligen Notlage 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;
6. die Mitarbeiter der Rettungsleitstellen und der Leitstellen der KV-Bereitschaftsdienste verpflichtend über entsprechende Möglichkeiten geschult werden und kurzfristig praxistaugliches Informationsmaterial für die tägliche Arbeit bereitgestellt wird;
7. über das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) eine Informationskampagne für die Bevölkerung zu allen im Notfall zur Verfügung stehenden Hilfsdiensten gestartet wird;

8. sechs Monate nach Implementierung der Neuerungen eine Evaluierung bezüglich erreichter Fortschritte, etwaiger negativer gesundheitlicher Folgen und bezüglich der finanziellen Auswirkungen durchgeführt wird.

Berlin, den 14. Oktober 2025

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion

Begründung

Zu 1. bis 4.:

Der ursprüngliche Ansatz, Patienten auch im Notfall möglichst ambulant in Praxen zu betreuen, Krankenhäuser nur in den Situationen einzubinden, in denen in der Regel auch eine stationäre Behandlung erforderlich wird und für diese Fälle Rettungswagen einzusetzen, die bei der Versorgung vor Ort und für die Sicherstellung der Transportfähigkeit durch Notärzte des Rettungsdienstes unterstützt werden, ist in der täglichen Routine immer weniger zu sehen. Das liegt daran, dass die Patienten sozusagen mit den Füßen abstimmen.²³ Die Fallzahlen in den Rettungsstellen²⁴ und in der Notfallrettung²⁵ nehmen immer weiter zu. Das führt dazu, dass nun auch diese überlastet werden und die Einhaltung von Hilfsfristen nicht garantiert werden kann.²⁶

Das System der medizinischen Notfallversorgung muss deshalb reformiert werden, damit wieder gilt: ambulant vor stationär. Dabei sind die starren Sektorengrenzen aber dahingehend zu überwinden, dass die Krankenhäuser dort wo möglich und erforderlich zum Wohle einer schnellen und qualitativ hochwertigen Versorgung im Notfall genauso wie die niedergelassenen Ärzte und die KV-Bereitschaftsdienste in die ambulante Versorgung eingebunden werden. Gleiches gilt für die Versorgung der Patienten vor Ort durch den Rettungsdienst und die Notärzte. Auch sie sollen, wenn sie dann im Ausnahmefall die Behandlung übernehmen, ein Teil der ambulanten Versorgung sein, ohne aus Abrechnungsgründen einen anschließenden Transport zum oder eine Aufnahme ins Krankenhaus erforderlich zu machen.

Es soll deshalb ein gemeinsames Abrechnungs- und Vergütungssystem für diese ambulanten Leistungen einheitlich geschaffen werden.

Es bietet sich an, hierbei zeitgleich die Finanzierung des Rettungsdienstes und seine Abrechnung zu ändern. Das bisherige System der Gebührenfestsetzung anhand für die Vorhaltung entstandener Kosten lässt den Kostenträgern – anders als sonst im ambulanten und stationären Bereich – keine Möglichkeit, wesentlich auf die Gebühren Einfluss zu nehmen²⁷ und führt außerdem dazu, dass regional sehr unterschiedliche Kosten entstehen. So kostete ein Rettungseinsatz in Berlin im Jahr 2022 299,11 Euro²⁸ in Hamburg im Jahr 2021 616 Euro.²⁹

Gerechtfertigt wird das jetzige System damit, dass der Rettungsdienst als „öffentliche Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge und der Gefahrenabwehr“ im Zusammenhang mit dem Katastrophenschutz und nicht des Gesundheitswesens gesehen wird.³⁰ In der Praxis arbeitet der Rettungsdienst aber fast ausschließlich im Rahmen individueller Behandlungen und bekommt diese auch individuell von den Kostenträgern, das heißt GKV und PKV erstattet. Wenn der Rettungsdienst im Wesentlichen ein Teil der medizinischen Versorgung ist, sollte er auch als solcher organisiert und finanziert werden.

²³ www.aerzteblatt.de/nachrichten/152702/KV-Berlin-draengt-auf-mehr-Patientensteuerung-bei-Notfallversorgung

²⁴ www.aerzteblatt.de/archiv/193509/Patienten-in-Notfallambulanzen

²⁵ www.feuerwehrmagazin.de/nachrichten/news/kollegen-im-rettungsdienst-gehen-auf-dem-zahnfleisch-116492

²⁶ s. FN 10 und 11

²⁷ www.rettungsdienst.de/news/rettungsdienst-zu-teuer-bundesrechnungshof-beklagt-abrechnungsverhalten-56378

²⁸ www.vdek.com/LVen/BERBRA/Vertragspartner/Rettungsdienst/Berlin.html

²⁹ s. FN 5

³⁰ www.salzlandkreis.de/verwaltung/fachdienste-plattform/33-brand-katastrophenschutz-und-rettungsdienst/katastrophenschutz-und-rettungsdienst/

Auch Krankenhäuser werden schließlich Teil der Katastrophenvorsorge sein, auch hier werden die Behandlungskosten aber von den Krankenkassen getragen.

Anders als Landkreise, Städte und Länder, die die Kosten – wie vom Bundesrechnungshof schon kritisiert wurde³¹ – intransparent schlicht auf die Leistungsträger umlegen, könnten bei entsprechend geänderter Finanzierung Einsparpotenziale ohne Qualitätsverlust zum Beispiel durch Ausschreibung einzelner Leistungen realisiert werden.

Zu 5. und 6.:

Bei Krankentransporten, Pflegediensteinsätzen u. ä. kann die ärztliche Verordnung nachgeholt werden. In den vermutlich sehr wenigen Fällen, in denen dies aus organisatorischen oder sachlichen Gründen nicht möglich ist, wäre der Fehleinsatz des Krankentransports, des Pflegedienstes etc. im Regelfall immer noch kostengünstiger als ein unnötiger Rettungseinsatz.

Die Freistellung von Regressansprüchen ist erstens kein Novum (s. COVID-19-Impfstoffe), zweitens werden die Kosten eines unnötig durchgeführten Rettungseinsatzes oder die eines unnötig durchgeführten Krankentransports die eines der meisten anderen alternativ zur Verfügung stehenden Hilfsdienstes im Regelfall ohnehin übersteigen.

Um unnötige Einsätze des Rettungsdienstes und auch unnötige Einsätze des Qualifizierten Krankentransport zu vermeiden, müssen die Mitarbeiter in den Rettungsdienstleitstellen mehr Spielraum bekommen, die entsprechenden Informationen zu bestehenden Hilfsmöglichkeiten jeweils aktuell erhalten und von drohenden Regressen bei Entscheidungen im Einzelfall befreit werden. Auch in den Leitstellen muss sich das Verhalten ändern und diese Verhaltensänderung kann nicht auf dem Rücken der Mitarbeiter dort eingeleitet werden.

Zu 7.:

Der Notruf bei der Rettungsleitstelle unter der weitgehend bekannten Rufnummer 112 erfolgt oft auch, weil die Aufgaben der verschiedenen Dienste und alternativ zur Verfügung stehende Hilfsdienste in der Bevölkerung nicht bekannt oder deren Rufnummern nicht greifbar sind. Hier kann eine Informationskampagne, deren Schwerpunkt natürlich nicht auf der Omnipotenz der Notrufnummer 112, sondern auf der direkten Erreichbarkeit und Zuständigkeit anderer Hilfsdienste liegen soll, Besserung bringen.

³¹ s. FN 27

