

## **Antrag**

**der Abgeordneten Stella Merendino, Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, Jorrit Bosch, Anne-Mieke Bremer, Maik Brückner, Mandy Eißing, Kathrin Gebel, Christian Görke, Ates Gürpınar, Mareike Hermeier, Maren Kaminski, Cansin Köktürk, Ina Latendorf, Sonja Lemke, Sören Pellmann, Heidi Reichinnek, Zada Salihović, David Schliesing, Evelyn Schötz, Julia-Christina Stange, Donata Vogtschmidt, Sarah Vollath und der Fraktion Die Linke**

### **Bedarfsgerechte und krisenfeste Akut- und Notfallversorgung**

Der Bundestag wolle beschließen:

#### **I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:**

Die Akut- und Notfallversorgung ist in ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung strukturell überlastet und dringend reformbedürftig. Ihre verschiedenen Systeme sind schlecht aufeinander abgestimmt, an vielen Stellen unzureichend ausgestattet und es findet keine sinnvolle Steuerung der Patient/-innen statt. Wer im Akut- oder Notfall Hilfe braucht, kann die Dringlichkeit der eigenen Situation häufig nicht verlässlich einschätzen und weiß daher nicht, ob eine vertragsärztliche Praxis, der kassenärztliche Bereitschaftsdienst, eine Krankenhausnotaufnahme, die Beratungsangebote der 116117 oder der Rettungsdienst die geeignete Versorgung bietet. Häufig sind einer hilfeschenden Person gar nicht alle zur Verfügung stehenden Angebote bekannt. Welche Versorgung sie initial in Anspruch nimmt, ist daher maßgeblich durch deren unmittelbare Erreichbarkeit bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen tragen den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung, kommen ihm jedoch insbesondere in akuten Versorgungssituationen nur eingeschränkt nach. Da Rettungsdienste und Notaufnahmen die einzigen Angebote sind, die im Zweifelsfall immer zur Verfügung stehen, wenden sich viele Hilfesuchende dorthin, auch wenn ein anderes Versorgungsangebot geeigneter wäre. Bei Kontakt über die 116117 werden Patient/-innen ebenfalls häufig an die Notaufnahmen bzw. den Rettungsdienst verwiesen, selbst bei ambulant behandelbaren Krankheitsbildern.

Dafür sind die Notaufnahmen aber personell nicht ausgestattet. Im bestehenden Finanzierungsmodell der Krankenhäuser sind sie unterfinanziert. Einnahmen können vor allem durch die Generierung stationärer Fälle erzielt werden, nicht aber durch die vielen ambulanten Fälle, die sie de facto versorgen. Dies begünstigt eine personelle Ausstattung, die sich an potenziellen Aufnahmen, also abrechenbaren Fällen, orientiert und nicht am tatsächlichen Versorgungsbedarf aller vorstelligen Patient/-innen. Hinzu kommt, dass in den Notaufnahmen vielerorts Menschen vorstellig werden, die keinen Versicherungsschutz genießen. Die Kosten für deren Versorgung werden den Krankenhäusern in vielen Fällen von den zuständigen

Sozialämtern nicht erstattet. Die Folge der Unterfinanzierung sind eine hohe Arbeitsverdichtung, erhebliche psychische Belastungen für das Personal und lange Wartezeiten für Patient/-innen. Verschärft wird diese Situation durch die zunehmende Funktion der Notaufnahmen als Auffangstruktur für Versorgungsdefizite in anderen Bereichen. Neben akut erkrankten Patient/-innen werden dort vermehrt Menschen aus stationären Pflegeeinrichtungen, sozial benachteiligte Personen sowie Patient/-innen mit komplexen psychosozialen Problemlagen vorgestellt. Gerade bei Letzteren reicht die medizinische Akutbehandlung allein nicht aus, um wiederholte Inanspruchnahmen von Notaufnahmen zu vermeiden. Studien belegen wiederum, dass sozialarbeiterische Interventionen in Notaufnahmen und im Entlassmanagement dazu beitragen können, Versorgungsübergänge zu stabilisieren und wiederholte Notfallkontakte zu reduzieren (Soganda et al., [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12555832/?utm\\_source](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12555832/?utm_source)).

Im Rettungsdienst ist seit mehreren Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der Einsatzzahlen zu beobachten. Dies ist ein Hinweis auf den vielerorts fehlenden bedarfsgerechten Zugang zur ambulanten Akutversorgung. Der Rettungsdienst wird zunehmend zur primären Anlaufstelle für dringende gesundheitliche Anliegen, die nicht zwingend einer notfallmedizinischen Intervention bedürfen. Zugleich ist er in Deutschland überwiegend als Teil der Gefahrenabwehr der Länder organisiert und nicht als Bestandteil der gesundheitlichen Regelversorgung. Vergütet werden ausschließlich Transportleistungen, während fachliche Versorgungsleistungen nicht berücksichtigt werden. Hieraus resultiert ein systematischer Anreiz, die Hilfesuchenden ins Krankenhaus zu transportieren, auch in Fällen, in denen eine fallabschließende Versorgung vor Ort medizinisch möglich, patient/-innengerecht und ressourcenschonend wäre. Die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter/-innen wurde zwar mit der Einführung des §2a Notfallsanitätergesetz (NotSanG) gesetzlich bundeseinheitlich ermöglicht. In der Praxis hängt allerdings die Möglichkeit der Notfallsanitäter/-innen heilkundliche Maßnahmen entsprechend ihrer Qualifikationen durchzuführen, stark von der ärztlichen Leitung in dem jeweiligen Landkreis ab. Das führt zu regional variierenden Versorgungsstandards und erschwert die Etablierung einer kompetenzorientierten, einheitlichen präklinischen Versorgung.

Auch der Krankentransport wird vielerorts nicht bedarfsgerecht geplant und vorgehalten. Zwar ist er eigenständiger Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung, wird in der Versorgungspraxis jedoch häufig als nachrangige, teilweise marktförmig organisierte Dienstleistung behandelt. Dabei hat der Krankentransport beispielsweise eine zentrale Bedeutung für die Entlassung älterer, pflegebedürftiger und multimorbider Patient/-innen. Engpässe im Krankentransport führen dazu, dass Entlassungen verzögert werden, stationäre Kapazitäten gebunden bleiben (Exitblock) und Rettungsmittel für Transportaufgaben eingesetzt werden. Die fehlende Abstimmung zwischen Krankentransport, Rettungsdienst, ambulanter Versorgung und Notaufnahmen verschärft die Überlastung der Akut- und Notfallversorgung.

Gleichzeitig wird die stationäre Versorgung seit Jahren abgebaut. Flächendeckend schließen Krankenhäuser, insbesondere in ländlichen Gebieten, ohne dass die Folgen dieser Schließungen aufgefangen werden. Die sich aktuell in der Umsetzung befindliche Krankenhausreform hat weitere Zentralisierung und Spezialisierung zum Ziel und wird daher weitere Krankenhausschließungen bewirken (<https://www.deutschlandfunk.de/ministerin-warken-cdu-klinikschiessungen-trotz-anpassung-der-krankenhausreform-104.html>). Die verbleibenden Notaufnahmen müssen die zusätzlichen Versorgungsaufgaben übernehmen, ohne dass Personal, Finanzierung und Infrastruktur entsprechend angepasst werden. Der gezielte Ausbau rettungsdienstlicher und ambulanter akutmedizinischer Strukturen bleibt aus. Auch das von der Bundesregierung geplante Primärarztssystem lässt

ernsthafte Versuche, die ambulante Akutversorgung rund um die Uhr auf verlässliche, bundeseinheitliche Füße zu stellen, vermissen. Es gibt keine Absprache zwischen den Praxen, um Akutsprechzeiten regional wenigstens tagsüber durchgehend zu gewährleisten. Vielfach sind zum Beispiel Mittwoch- oder Freitag-nachmittag gar keine Praxen erreichbar.

Insgesamt fehlt es bislang an einer integrierten, sektorenübergreifenden Organisation und Bedarfsplanung der Akut- und Notfallversorgung. Die bestehende Fragmentierung führt zu ineffizienten Versorgungsstrukturen, vermeidbarer Überlastung der Beschäftigten und einer Versorgung, die sich nicht konsequent am tatsächlichen Bedarf der Patient/-innen orientiert.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, unter Einbeziehung der Patientenvertretung und der Beschäftigten aus den unterschiedlichen Bereichen der Akut- und Notfallversorgung einen Gesetzentwurf zu entwickeln und in den parlamentarischen Prozess einzubringen, der untenstehende Punkte berücksichtigt. In den Bereichen, in denen Länderkompetenz eine bundesgesetzliche Regelung erschwert oder unmöglich macht, wird die Bundesregierung aufgefordert, sich mit den Ländern zu verständigen:

1. Rettungsdienst

- a) Der Rettungsdienst wird als Bestandteil der Regelversorgung in das Fünfte Sozialgesetzbuch aufgenommen. Die Regelversorgung des Rettungsdienstes schließt anders als heute die fallabschließende Versorgung von Hilfesuchenden vor Ort ein. Der Rettungsdienst wird bedarfsgerecht ausgestattet und kostendeckend finanziert, sodass die Versorgung unabhängig von betriebswirtschaftlichen Anreizen und Gewinnorientierung stattfindet.
- b) Der Rettungsdienst wird verbindlich mit einem digitalen Leitsystem ausgestattet, das ihn mit den Leitstellen, den Integrierten Akut- und Notfallzentren (IANZ, siehe 3.) und den Notaufnahmen verbindet. Dazu werden bundesweit einheitliche, digitale Dokumentations- und Übergabesysteme geschaffen.
- c) Es werden bundeseinheitliche, verbindliche Standards für den Rettungsdienst geschaffen, insbesondere zu Versorgungsqualität, Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die Vereinheitlichung der Versorgungsqualität wird über einheitliche Hilfsfristen, einheitliche Algorithmen auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien und eine einheitliche Ausstattung der Fahrzeuge gewährleistet. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung wird durch ein einheitliches Curriculum für die Notfallsanitäter/-innenausbildung (inkl. der Praxisanleitung), eine verpflichtende Rezertifizierung und interprofessionelle Ausbildung vereinheitlicht. Notfallsanitäter/-innen erhalten bundesweit einheitliche heilkundliche Kompetenzen, einschließlich der rechtssicheren Ausübung eigenständiger heilkundlicher Maßnahmen auch in Fällen, bei denen nicht eine unmittelbare Lebensgefahr bzw. das Risiko von Folgeschäden vorliegt, unabhängig von den jeweiligen ärztlichen Leitungen im Rettungsdienst. Die Ausbildung von Rettungssanitäter\*innen wird ebenfalls bundeseinheitlich geregelt. Das Fahrzeugtracking wird bundesweit einheitlich so reglementiert, dass es die Versorgung verbessert, aber Möglichkeiten zur Überwachung der Mitarbeitenden ausgeschlossen werden.

- d) Es werden verbindliche und verbesserte Regelungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz im Rettungsdienst. Die Arbeitszeit soll auf 40 Wochenstunden beschränkt werden, die Pausenmindestzeit auf 30 Minuten am Stück festgelegt werden. Bereitschaftsdienste müssen als vollwertige Arbeitszeit anerkannt und entsprechend vergütet werden. Ausnahmeregelungen im Arbeitszeitgesetz zur Verkürzung der Ruhezeit von elf auf zehn, neun oder fünfeinhalb Stunden sollen gestrichen werden.
2. Integrierte Leitstellen
- a) Es werden integrierte Leitstellen eingerichtet, die unter der einheitlichen Rufnummer 112 sämtliche Hilfeersuchen in Akut- und Notfällen entgegennehmen und versorgen. Dazu können sie vielfältige Versorgungsangebote disponieren. Die integrierten Leitstellen bündeln die bisherigen Aufgaben des 112-Notrufs und die Beratungs- und Koordinierungsaufgaben der 116117 inklusive der aufsuchenden Versorgung und telemedizinischen Akutversorgung. Bei der 116117 verbleibt die Terminvermittlung in ambulante Praxen.
- b) Bei der Entgegennahme von Hilfeersuchen gewährleisten die Integrierten Leitstellen rund um die Uhr eine sofortige Erreichbarkeit. Die dafür notwendige Personalausstattung muss vorgehalten werden.
- c) Die Leitstelle ordnet Hilfeersuchen mittels standardisierter Erstein-schätzung in Notfälle, Akutfälle und weitere Anfragen und vermittelt auf dieser Grundlage unverzüglich die jeweils passende Versorgung:
- Rettungsdienst oder Krankentransport, falls ausreichend sollen auch Taxis disponiert werden dürfen,
  - Versorgung in einer Notaufnahme bzw. einem Integrierten Akut- und Notfallzentrum,
  - aufsuchende Versorgung, hierunter verschiedene Angebote für niedrigprioritäre Einsätze mit gesundheitsfachlichem Personal,
  - ambulante Weiterbehandlung, falls notwendig über eine Schnittstelle zur Terminvermittlung der Kassenärztlichen Vereinigungen,
  - unmittelbare Versorgung in der Form einer telemedizinischen Akutversorgung oder telefonischen Gesundheitsberatung. Telemedizin wird in Leitstellen, auch zur Unterstützung des Rettungsdienstes eingesetzt. Die medizinische Verantwortung und haftungsrechtliche Absicherung bei telemedizinischen Entscheidungen werden eindeutig geregelt. Die Barrierefreiheit telemedizinischer Leistungen ist sicherzustellen, insbesondere durch niedrigschwellige Zugänge, die Nutzung staatlich geförderter Open-Source-Lösungen und mehrsprachige Angebote.
- d) Die Leitstelle arbeitet mit multiprofessionellen Teams. Alle Beschäftigten mit (u.a. telefonischem) Patientenkontakt sind qualifiziert, Notfälle einzuschätzen. Es wird sichergestellt, dass dem Leitstellenpersonal Sprachmittlungsressourcen zur Verfügung stehen, damit alle Hilfe-suchenden angemessen versorgt werden können. Insgesamt ist Barrierefreiheit für die Hilfesuchenden zu sichern.
- e) Verständliche, barrierefreie und öffentlich verantwortete Gesundheitsinformationen sollen die Bevölkerung über die Anlaufstellen und Angebote der Akut- und Notfallversorgung in Kenntnis setzen.
3. Integrierte Akut- und Notfallzentren (IANZ)

- a) Integrierte Akut- und Notfallzentren (IANZ) werden i.d.R. von den Krankenhäusern durch den Ausbau der Notaufnahmen betrieben, können in Zukunft aber auch an regionale Gesundheitszentren angegliedert werden. Die IANZ sind für die Versorgung aller Akut- und Notfälle ausgestattet und arbeiten mit multiprofessionellen Teams, hierunter Notfallärzt\*innen (siehe 6. „Berufsbilder und Qualifikationen“), spezialisierte Pflegekräfte und Allgemeinmediziner\*innen.
  - b) Die IANZ übernehmen die Aufgaben, die bislang dem ärztlichen Not- bzw. Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen obliegen. Für diese Umgestaltung der Versorgungsstruktur sind die notwendigen Übergangszeiten und sachgerechte Fördermöglichkeiten vorzusehen. Für Patient/-innen, die ohne akuten Behandlungsbedarf in ein Notfallzentrum kommen, wird die zeitnahe Weiterbehandlung im ambulanten Bereich sichergestellt. Dazu wird eine nahtlose digitale Schnittstelle zur Terminvermittlung der KVen eingerichtet.
  - c) Die IANZ werden kostendeckend finanziert. Alle Kosten, die für einen qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Betrieb anfallen, werden von den Kostenträgern vollständig refinanziert. Damit wird auch sichergestellt, dass die Kosten für die Behandlung von Nicht-versicherten vollständig refinanziert werden. Um zu vermeiden, dass dieses Finanzierungsmodell dazu führt, dass Anreize für die Krankenhäuser geschaffen werden über die Notaufnahmen und Notfallzentren stationäre Fälle zu generieren, ist es notwendig, die zur Einführung der Selbstkostendeckung in Krankenhäusern vorgeschlagenen Maßnahmen aus der Bundestagsdrucksache 19/26168 umzusetzen.
  - d) Es werden bundeseinheitliche Standards für die Personalausstattung in den Notfallzentren festgesetzt. Dazu gehören verbindliche Personalbemessungsrichtlinien.
  - e) In Notaufnahmen und IANZ in Gegenden mit entsprechenden sozialen Bedarfen soll ein Sozialdienst verfügbar sein, der in enger Vernetzung mit bestehenden sozialen Angeboten eine Lotsenfunktion wahrnimmt (Case Management). Der Sozialdienst übernimmt insbesondere die frühzeitige soziale Abklärung, die Organisation der im Anschluss an die Akutbehandlung notwendigen Leistungen, wie etwa die Vermittlung von Kurzzeitpflege sowie die Koordination mit Wohnungs-, Suchthilfe- und Sozialleistungssystemen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass unnötige stationäre Aufnahmen aus rein sozialer Indikation vermieden, Drehtür-Effekte reduziert und bestehende Leistungsansprüche systematisch geltend gemacht werden, um medizinisches und pflegerisches Personal zu entlasten und stationäre Ressourcen effizienter zu nutzen.
4. Sicherstellungsauftrag und Bedarfsplanung
- a) Der Sicherstellungsauftrag für die Akut- und Notfallversorgung, das heißt für die Leitstellen, den Rettungsdienst, den Krankentransport, die Notaufnahmen / IANZ, die Telemedizinische Akutversorgung und die Aufsuchende Versorgung wird analog zur stationären Versorgung an die Länder übertragen.
  - b) Die Bundesländer bilden hierfür Notfallversorgungsausschüsse. Diese werden von den Ländern finanziert. In den Notfallversorgungsausschüssen wirken folgende Mitglieder stimmberechtigt mit
    - Land und Kommunen
    - Kostenträger

- Leistungserbringer, Beschäftigtenvertreter/-innen
- Patient/-innenvertreter/-innen.

Aufgrund der Finanzierungsverantwortung von Versorgungsstrukturen, über die der Notfallversorgungsausschuss befindet, hat das jeweilige Bundesland eine Veto-Möglichkeit zu den Planungsentscheidungen. Dem Land obliegt die Organisation der Sitzungen.

- c) Die Notfallversorgungsausschüsse nehmen auf der Grundlage einer Ermittlung der Bedarfe und einer verbindlichen Festsetzung der für deren Erfüllung notwendigen personellen und strukturellen Kapazitäten eine demokratische Bedarfsplanung aller Strukturen und Bestandteile der Akut- und Notfallversorgung vor, hierunter die Planung der Standorte von IANZ, Rettungswachen und Standorten für Rettungs-/Krankenfahrzeuge. Grundlagen für die Bedarfsermittlung und -planung sind u.a.:
- Soziodemographische Daten
  - Daten zum realen Patient/-innenaufkommen in den bestehenden Notaufnahmen, bei den Rettungsdiensten und der ambulanten Akutversorgung. Dazu wird ein Notfallregister eingeführt.
  - Bürger\*innen-Beteiligungsverfahren, z.B. mit runden Tischen
  - Wissenschaftliche Expertise
  - Expertise des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
  - Wohnortnähe und flächendeckende Erreichbarkeit der Versorgung, auch in ländlichen und strukturschwachen Gegenden. Damit die Anbindung per ÖPNV verbessert wird, sind die Verkehrsverbünde einzubeziehen.
  - Qualität der Versorgung
- d) Die Bedarfsplanung wird jährlich evaluiert und an veränderte Versorgungsbedarfe angepasst.
- e) Die Notfallversorgungsausschüsse stellen sicher, dass die Bevölkerung in allen Regionen Deutschlands innerhalb von 30 Fahrzeitminuten ein Notfallzentrum erreichen kann. Die Notfallversorgungsausschüsse (s.u.) können insbesondere in mit Krankenhäusern schlecht versorgten Regionen eigene Notfallzentren vorsehen.

## 5. Ersteinschätzungsverfahren

- a) Es werden evidenzbasierte, standardisierte, strukturierte und dynamische Verfahren zur Ersteinschätzung von Akut- und Notfällen entwickelt und bundesweit einheitlich angewendet. Diese gelten als verbindliche Standards für Notaufnahmen, Notfallzentren und Leitstellen. Die Entscheidung über die Vermittlung/Versorgung von Hilfesuchenden trifft immer qualifiziertes, menschliches Personal. Dabei ist die rechtliche Absicherung der Beschäftigten, insbesondere von Pflegefachpersonen und Leitstellenpersonal, ebenso wie die Rechte der Patient/-innen bei Steuerungs- und Ersteinschätzungsentscheidungen durch verbindliche Verfahrensrichtlinien sicherzustellen.
- b) Bei der Entwicklung von Steuerungs- und Ersteinschätzungsverfahren sind neben medizinischen Kriterien auch soziale Faktoren, wie beispielsweise sozioökonomische Lage, Sprachbarrieren oder besondere Unterstützungsbedarfe, angemessen zu berücksichtigen, damit eine bedarfsgerechte Versorgung für alle Hilfesuchenden gewährleistet wird.

Die Ersteinschätzungsverfahren werden regelmäßig evaluiert und weiterentwickelt.

6. Berufsbilder und Qualifikationen

- a) Die Akademisierung der Pflege in der Notfallversorgung wird gefördert, um die Versorgungsqualität und Patient/-innensicherheit zu verbessern. Pflegekräfte mit diesen Studienabschlüssen sollen erweiterte Verantwortungs- und Entscheidungskompetenzen bekommen. Entsprechende Studienabschlüsse aus dem Ausland sollen anerkannt werden. Förderprogramme sollen sicherstellen, dass die Beschäftigten die Möglichkeit der Akademisierung in der Notfallversorgung in Anspruch nehmen und die Durchlässigkeit des Bildungssystems für einschlägig ausgebildete Menschen ohne Abitur gewährleistet wird.
- b) Es wird festgelegt, welche Qualifikationen für die Durchführung der Ersteinschätzung in den unterschiedlichen Bereichen notwendig sind (z.B. Notfallfachpflegepersonen / B. Sc „Erweiterte Klinische Pflege, Schwerpunkt: Notfallpflege“ und Ärzt/-innen mit Zusatzbezeichnung Akut- u. Notfallmedizin).
- c) Eine eigenständige Facharztqualifikation für Akut- und Notfallmedizin wird eingeführt. Sie sollen insbesondere in den Notaufnahmen/Notfallzentren eingesetzt werden.
- d) Im gesamten Bereich der Notfallversorgung werden die Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten für die Beschäftigten weiterentwickelt und die Akademisierung des gesundheitsfachlichen Personals gefördert. Dabei soll es den Beschäftigten erleichtert werden, zwischen unterschiedlichen gesundheitsfachlichen Qualifikationen durch Anrechnung von Weiterbildungsmodulen zu wechseln.
- e) Kurse zu Gewalt- und Diskriminierungsfreiheit werden verpflichtend in die Curricula der Ausbildungen sämtlicher in der Notfallversorgung tätiger Berufsgruppen aufgenommen und finanziert.

Berlin, den 5. Mai 2026

**Heidi Reichinnek, Sören Pellmann und Fraktion**

*Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.*