



Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

**Neunte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

***Reform der Notfall- und Akutversorgung:
Rettungsdienst und Finanzierung***



I. Präambel

Bereits in der 4. Stellungnahme der Regierungskommission, die sich mit der Reform der Notfall- und Akutversorgung befasst, wurde auf die Notwendigkeit der Betrachtung des Gesamtsystems hingewiesen. Eine entsprechende Reform darf nicht nur den ambulanten Bereich oder die Versorgung in den Notaufnahmen oder im Krankenhaus in den Blick nehmen; vielmehr geht es ausgehend vom häuslichen Umfeld und unter Berücksichtigung der weiteren Versorgung nach Entlassung aus der Notfallversorgung gerade auch um die gezielte Steuerung der Versorgung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Vor diesem Hintergrund hat die Regierungskommission Empfehlungen zu den sogenannten Integrierten Leitstellen¹ (ILS/GNLS) – die bereits mittelbar auch den unter der Telefonnummer 112 erreichbaren Rettungsdienst adressieren – sowie den gemeinsam von Krankenhäusern und den KVen betriebenen Integrierten Notfallzentren (INZ, KINZ) abgegeben.

Der Schwerpunkt der vorliegenden Stellungnahme liegt nunmehr auf dem Rettungsdienst selbst. Es geht mit Blick auf die Qualität der Versorgung und Fragen der Finanzierung und der Transparenz um die schon im Koalitionsvertrag angekündigte² Implementierung des Anspruchs auf rettungsdienstliche Leistungen als eigenes Leistungssegment im SGB V. Es gilt aber auch, komplementäre Strukturen aufzubauen und weitere organisatorische Punkte zu adressieren, die zu einer qualitätsgesicherten und effizienten Tätigkeit des Rettungsdienstes beitragen sollen.

Unbenommen von diesen Empfehlungen weist die Regierungskommission aber auch in diesem Kontext noch einmal darauf hin, dass die Primärarztstrukturen die erste Anlaufstelle für alle Hilfesuchenden mit akuten Gesundheitsbeschwerden bleiben.

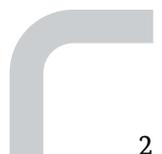
Die Empfehlungen der Regierungskommission zum Rettungsdienst basieren auch in dieser Stellungnahme u. a. auf einer Sichtung und Analyse der zahlreichen schon vorliegenden Gutachten und Stellungnahmen – etwa der des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2018 oder der Arbeit von Krafft et. al. im Auftrag der Bertelsmann Stiftung und in Zusammenarbeit mit der Björn Steiger Stiftung 2022³.

Mit dieser Stellungnahme zielt die Regierungskommission auf die Sicherung und die weitere Verbesserung der medizinischen Versorgung durch den Rettungsdienst im Kontext des gesellschaftlichen, demographischen und technischen Wandels.

1 In der Vierten Stellungnahme sind „Integrierte Leitstellen“ als gemeinsame Einrichtungen der unter den Telefonnummern 112 und 116117 erreichbaren Stellen genannt. Dieser Begriff ist allerdings bereits teilweise durch gemeinsame Leitstellen von Feuerwehr und Rettungsdienst belegt, so dass die Kommission nun alternativ den Begriff „Gemeinsame Notfallleitstelle“ (GNLS) vorschlägt.

2 S. 85.

3 Krafft, T., Neuerer, M., Böbel, S., Reuter-Oppermann, M. (2022). Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland. Partikularismus vs. Systemdenken. Gütersloh/Winnenden, 2022. ISBN 978-3-9824744-0-3.





II. Ausgangs- und Problemlage

1. Der **Begriff „Rettungsdienst“** umfasst in der Regel die Notfallrettung insbesondere bei Lebensgefahr oder zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden sowie den qualifizierten Krankentransport, d. h. den Transport in das Krankenhaus mit qualifiziertem Personal. Der Rettungsdienst adressiert damit den Begriff des Notfalls, den die höchstrichterliche Rechtsprechung zugrunde legt (vgl. etwa BSG v. 23.6.2015 – B 1 KR 20/14 R, Rn. 13) und der sich typischerweise auch in den Landesrettungsgesetzen (vgl. nur § 2 Nr. 2 Hamburgisches Rettungsdienstgesetz) findet. Neben dem bodengebundenen Rettungsdienst kommt in der Regel auch die Luftrettung mittels Hubschraubern flächendeckend zum Einsatz; in manchen Gegenden gibt es zusätzlich den Bedarf für eine Berg-, See- und Wasserrettung (SVR-Gutachten, 2018). Neben den Rettungsfahrten des Rettungsdienstes regelt § 60 SGB V auch den Fahrkostenersatz für Krankenfahrten mit ÖPNV, Taxi, Privatfahrzeugen oder Mietwagen. Die **Leitstelle** bzw. zukünftig die in der 4. Stellungnahme der Regierungskommission vorgeschlagene ILS bzw. GNLS disponiert den Rettungsdienst.
2. Primäre **Aufgabe der Notfallrettung** ist die präklinische medizinische Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten am Notfallort und deren qualifizierter Transport in eine weiterversorgende Gesundheitseinrichtung (SVR-Gutachten 2018). Auch „die medizinisch keinen Aufschub duldende Beförderung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten aus einer Gesundheitseinrichtung in eine andere Gesundheitseinrichtung, die über die Möglichkeit einer besseren medizinischen Versorgung verfügt“, (Bsp. Berliner Rettungsdienstgesetz⁴), gehört zu den Aufgaben des Rettungsdienstes.
3. **Die gesetzlichen** Rahmenbedingungen des Rettungsdienstes, die Einzelheiten seiner Organisation, Durchführung und Finanzierung sind **auf Länderebene** in den 16 **Rettungsdienstgesetzen** oft unterschiedlich geregelt. So wird zum Beispiel der Notarztdienst zum Teil durch Landes-KVen organisiert, und auch die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Notfallsanitäter ist unterschiedlich normiert.
4. **Träger** des Rettungsdienstes sind in aller Regel **Landkreise** und **kreisfreie Städte**. Aktuell bestehen knapp **300 eigenständige Rettungsdienstbereiche⁵** mit **ca. 240 Leitstellen mit 13 unterschiedlichen Organisationsformen** (Quelle: Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften, 2022).⁶

⁴ <https://www.gesetze.berlin.de/bsbe/document/jlr-RettDGBErahmen>; abgerufen 8.6.2023.

⁵ SVR-Gutachten 2018.

⁶ <https://www.dgre.org/download/2067/>; 2022; abgerufen 21.5.2023.





5. Der **Rettungsdienst** wird durch **Kommunen selbst** (ca. 15 %) oder durch Vergabe an **gemeinnützige Hilfsorganisationen** (ca. 80 %) oder **privatwirtschaftliche Unternehmen** (ca. 5 %) durchgeführt bzw. delegiert und ist damit ebenfalls heterogen organisiert. Hierdurch resultiert einerseits eine **erschwerter Bedarfsplanung** über kommunale Grenzen hinweg und andererseits bestehen große **Unterschiede bzgl. der Größe**, der technischen Ausstattung (z. B. bzgl. **Digitalisierung**), der **Abläufe**, der **Leistungsfähigkeit** und damit auch der **Qualität** der Rettungsdienste sowie der Qualifikation des eingesetzten Personals. Dies schließt auch die **Leitstellen** ein (Krafft et al., 2022, und Schippmann, 2016^{7,8}).
6. Die **Zahl der Beschäftigten im Rettungsdienst** (RD) ist von 2011 bis 2021 um ca. 71 % auf ca. 85 Tsd. Beschäftigte **angestiegen** – der Personalzuwachs im Gesundheitswesen im gleichen Zeitraum betrug dagegen nur ca. 21 %⁹. Auch im Rettungsdienst stellt sich ein zunehmender **Personalman- gel**¹⁰ nicht nur in Flächenländern ein. Insbesondere die fortschreitende **Arbeitsbelastung** von Rettungskräften **bei steigenden Einsatzzahlen**, die **fehlende Rechtssicherheit** im Einsatz (z. T. auch bei der höchsten Qualifikation „Notfallsanitäter“) und die **Abwanderung** von Mitarbeitenden werden insoweit vor allem bei nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal als Gründe für diese Entwicklung angeführt. Hinzu kommt, dass ein Teil des nichtärztlichen Personals, insbesondere im **Krankentransport**, nur **angelernt** ist. Auch Fahrer in der Notfallrettung müssen als Mindestvoraussetzung nur über eine gesetzlich nicht oder nur teilweise geregelte dreimonatige Qualifizierung als „**Rettungssanitäter**“ verfügen.¹¹ Die Regierung plant hier ein bundeseinheitliches Berufsgesetz für Rettungs- sanitäter (neben einer Pflege- und Hebammenassistenz; Koalitionsvertrag Seite 64, dritter Absatz).

Im **notärztlichen Bereich** ist die **Weiter- und Fortbildung** auch auf **Länderebene** und damit zum Teil unterschiedlich geregelt. Zwar haben alle Ärztekammern mittlerweile die **Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“** (früher auch „Rettungsmedizin“) als Qualifikation geschaffen, diese kann aber **ohne eine abgeschlossene Facharztweiterbildung erworben** werden¹² und wird nicht in allen Bundesländern als Voraussetzung für den Notarztendienst gefordert. Auch ist nicht einheitlich definiert, was als

7 Krafft, T., Neuerer, M., Böbel, S., Reuter-Oppermann, M. (2022). Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland. Partikularismus vs. Systemdenken. Gütersloh/Winnenden, 2022. ISBN 978-3-9824744-0-3.

8 Schippmann, S. Fakten zum Rettungsdienst; 2016. <https://initiative-gesundheitswirtschaft.org/fakten-zum-rettungsdienst>, abgerufen 1.5.2023.

9 https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2023/PD23_06_p002.html, abgerufen 29.5.2023.

10 Rettungsdienst: Großer Personalman- gel, Dtsch Arztebl 2022; 119: A-2279.

11 Wiss. Dienst, Deutscher Bundestag, 2022. <https://www.bundestag.de/resource/blob/912896/e896cc1c5c-4599645ff6b1cbb4fd3deb/WD-9-049-22-pdf-data.pdf>.

12 Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 2018. https://www.bundesaeztekammer.de/file-admin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20230629_MWBO-2018.pdf.





Facharztstandard im Bereich des Rettungsdienstes angesehen wird.¹³ Das notärztliche Personal arbeitet dabei oft in **Nebentätigkeit** zu einer anderen klinischen Beschäftigung oder als Honorarkraft, was einen einheitlichen Qualitäts- und Qualifikationsstandard zusätzlich erschwert.

7. Aufgrund der landesgesetzlichen Vorgaben bestehen **regional** weiterhin **unterschiedliche Vergütungsmodelle**, die eine **Transparenz von Kosten und Leistungen des Rettungsdienstes (inkl. der Leitstellen)** und damit der **Vergleichbarkeit erheblich erschweren**. Das **SGB V** regelt gegenwärtig, dass die **Länder selbst über die Vergütungsmodelle entscheiden** können. Nach § 133 Abs. 1 S. 1 SGB V schließen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände entweder Verträge über die Vergütung für die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes. Oder aber, wenn und soweit die Entgelte „nicht durch landesrechtliche oder kommunale Bestimmungen festgelegt werden“, besteht die Möglichkeit zur Abrechnung über einseitig von den Kommunen festgelegte kommunale Gebührenordnungen. Letzteres ist nur schwer mit den **Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung** und insbesondere dem Prinzip der **Beitragssatzstabilität** und der **Wirtschaftlichkeit zu vereinbaren**. Dies wurde bereits vom Bundesrechnungshof 2018 beanstandet, z. B. mit der Feststellung „Krankenkassen nahmen keinen Einfluss auf Gebühren bzw. Entgelte“^{14, 15}.

Es existiert somit ein **Nebeneinander von Vergütungsmodellen** (Verhandlungen mit den Kostenträgern) und kommunalen **Gebührenmodellen**. Letztere folgen einem Vollkostendeckungsprinzip zulasten der Kostenträger ohne Anreiz für einen wirtschaftlich effizienten Betrieb.

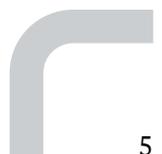
Auch ist aufgrund **fehlender Transparenz** unklar, in welchem Umfang Länder und Kommunen die **Investitionskosten** für den Rettungsdienst übernehmen oder inwieweit sie diese Kosten in die von den Krankenkassen zu tragenden Entgelte bzw. Gebühren einfließen lassen. Schließlich ist auch die Leitstellenfinanzierung ungeregelt und regional stark variierend. **Teilweise** werden die **Leitstellen direkt von den Krankenkassen finanziert** (zum Beispiel in Form einer Leitstellengebühr pro Einsatz, was einen Anreiz für häufigen Einsatz des Rettungsdienstes darstellt), teilweise werden die Leitstellen zumindest **partiell von den Bundesländern** getragen.

Weitgehend bundesweit gilt, dass die Kostenträger kaum Informationen über das Leistungsgeschehen haben, da medizinische Falldaten in der Regel nicht übermittelt werden (es fehlt eine analoge Regelung wie etwa für Krankenhausbehandlungen nach § 21 KHEntgG).

13 Regional existieren zum Teil strukturierte notärztliche Curricula und differenzierte notärztliche Qualifikationsstufen (Quelle: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10049-022-01020-0.pdf?pdf=button%20sticky>).

14 Bundesrechnungshof: Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten, 2018.

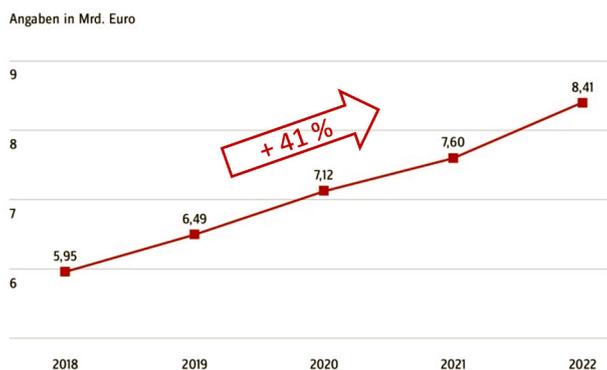
15 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/91731/Bundesrechnungshof-kritisiert-teuren-Rettungsdienst>.





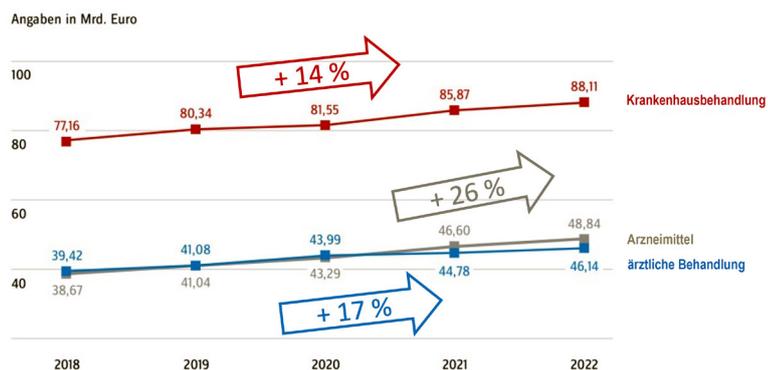
8. Obwohl – dem medizinischen Fortschritt folgend – auch die **medizinisch erbrachten Leistungen des Rettungsdienstes zugenommen haben, stellt dieser Bereich nach wie vor kein eigenständiges medizinisches Leistungssegment im SGB V dar**. Ein Anspruch Versicherter besteht allenfalls nach Maßgabe von § 60 SGB V als „Fahrkosten“. Diese werden allerdings nach § 60 Abs. 1 S. 1 SGB V nur gewährt, wenn die entsprechenden Fahrten „im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind“. In einigen Bundesländern werden als Annexleistungen Aufwände über den Transport hinaus erstattet. Somit besteht nach aktueller Rechtsprechung kein Anspruch auf Kostenersatz für abschließende Versorgung vor Ort durch den Rettungsdienst. Dieses **Fehlanreizsystem** sorgt für unnötige Transporte und zieht eine ebenfalls kosten- und personalintensive Behandlung im Krankenhaus nach sich, auch dann, wenn eine Vor-Ort-Behandlung möglicherweise ausreichend gewesen wäre.
9. Die („Transport“-)**Ausgaben der GKV für den Rettungsdienst sind innerhalb der Gesundheitsausgaben weit überproportional gestiegen und betragen 2022 mit ca. 8,4 Milliarden Euro¹⁶ fast 10 % der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung (88 Milliarden¹⁷). Innerhalb der Gesundheitsausgaben verzeichnet der Rettungsdienst den höchsten relativen Anstieg der Kosten (Abb. 1).**

Ausgaben für Fahrkosten



Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

Ausgaben für Krankenhausbehandlung, Arzneimittel und ärztliche Behandlung



Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

› **Abbildung 1**

Anstieg der Ausgaben der GKV für „Fahrkosten“ im Vergleich zum Anstieg für Krankenhausbehandlung, Arzneimittel und ärztliche Behandlung¹⁸

16 Offizielle GKV-Statistik (KJ 1) von Referat 225 des BMG (29.6.2023) und Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten 2018 (Gz.: IX 1 - 2017 - 0798). https://www.gbe-bund.de/gbe/lpkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gast&p_aid=78861049&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=322&p_ansnr=26059306&p_version=5&D.732=4498.

17 für ambulante ärztliche Versorgung: 46 Milliarden Euro.

18 Nach https://www.gkv-spitzenverband.de/service/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp, bearbeitet.





10. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern findet eine **strukturierte Einbeziehung der Bevölkerung in die Notfallversorgung**, z. B. durch **verpflichtende Basis-Reanimations-Trainings in Schulen** oder am **Arbeitsplatz**, die **Verbreitung von öffentlich zugänglichen Defibrillatoren** oder **organisierte Ersthelfersysteme aktuell nur in geringem Umfang statt**.¹⁹ Gleichzeitig gewinnt bei einer älter werdenden Bevölkerung auch die **Notfallvorsorge**, insbesondere für vulnerable Gruppen, an Bedeutung (advanced care planning).

III. Ziele

1. **Der Rettungsdienst soll als eigenes Leistungssegment in das SGB V überführt werden**, um – etwa analog zur Krankenhausbehandlung – den Leistungsanspruch der Versicherten, die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern sowie Fragen der Qualitätssicherung zu regeln. Die bundesgesetzliche Regelungskompetenz folgt aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz („Sozialversicherung“); die alleinige Zuständigkeit der **Länder für die** Ausgestaltung ihres Rettungswesens bleibt davon unberührt.
2. Erreicht werden soll eine **transparente, qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte patientenzentrierte präklinische Notfallversorgung** nach bundesweit vergleichbaren Vorgaben; das dient zugleich dem Ziel der **Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit**.
3. Neben den klassischen Diensten des Rettungsdienstes und des KV-Notdienstes müssen neue und **komplementäre Strukturen** mit entsprechenden Kompetenzen und Zuständigkeiten (ambulante pflegerische Notfallversorgung, Palliativdienste, Gemeindenotfallsanitäter/community health nurses, geschulte Laien, telemedizinische Beratung) aufgebaut werden (vgl. hierzu auch bereits 4. Stellungnahme der Regierungskommission).
4. Angestrebt werden einheitliche oder jedenfalls vergleichbare **Qualifizierung, Qualifikationsanforderungen und Qualitätsmanagement** sowie die **Einführung einheitlicher Struktur- und Prozessqualitätsparameter** für die jeweiligen Bereiche.
5. Eine **einheitlich strukturierte digitale Echtzeit-Vernetzung des Rettungsdienstes** mit anderen Leistungserbringern in der präklinischen und klinischen Notfallversorgung einschließlich der KV-Notfalleleistungen soll implementiert werden.

¹⁹ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/225338/Oeffentlich-zugaengliche-Defibrillatoren-und-soziooekonomi-sche-Faktoren-auf-kleinraeumiger-Ebene-in-Berlin>.





6. Angeregt wird eine **Neuregelung der Finanzierung** unter Beachtung der Verantwortung der Bundesländer und Kommunen für die Gefahrenabwehr sowie der Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies beinhaltet (i) die Zuständigkeit von Ländern und Kommunen für die Investitionskosten, (ii) die auf bundeseinheitlicher Grundlage zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern auszuhandelnden Entgelte für die Vergütung von Leistungen der Leitstelle, medizinischen Leistungen des Rettungsdienstes und Fahrkosten für medizinische Notfälle sowie (iii) Maßnahmen der Qualitätssicherung.
7. Vor- und Nachteile einer mittel- oder langfristig anzustrebenden **Finanzierung** der medizinischen Notfallversorgung **nur aus einem Topf** sind sorgfältig gegeneinander abzuwägen.
8. **Empfohlen wird eine bundeseinheitliche Standardisierung der Planungsgrundlagen** für Länder und Kommunen, um eine **abgestimmte** sektoren- und landkreis-, idealerweise auch länderübergreifende **Planung** und **Finanzierung** von **Rettungsdienst** (inkl. **Leitstellen**), **Notfallkrankenhäusern** und **KV-Notdienst** mit Bezug auf eine **vergleichbare Populationsgröße** im Versorgungsgebiet zu erreichen.
9. Zu berücksichtigen ist der möglicherweise **steigende Bedarf für den Transfer** von Patientinnen und Patienten zwischen verschiedenen Krankenhäusern oder anderen Gesundheitseinrichtungen aufgrund der sich **ändernden Krankenhausstrukturen**.
10. Ziel ist auch die strukturierte Einbeziehung der **Bevölkerung** in die **Notfallversorgung** und die Verbesserung der **Notfallvorsorge** („advanced care planning“) bei einer sich verändernden Demographie.





IV. Empfehlungen

1. Der Rettungsdienst wird als eigenständiges Leistungssegment (**Notfallbehandlung**) in § 27 Abs. 1 SGB V aufgenommen. Der konkrete Leistungsanspruch der Versicherten wird in einer eigenständigen Norm geregelt – etwa einem neuen § 60 SGB V. Dessen bislang auf die schlichten Transportkosten bezogener Regelungsinhalt könnte dann in einem § 60a SGB V normiert werden. Die Kommission schlägt vor, hier folgende zu unterscheidende Leistungen vorzusehen:
 - a. **Leistung der Leitstelle (Notfallmanagement)**, vergleichbar dem Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V als Steuerungs- und Koordinierungsleistung). Dabei ersetzt der Einsatzauftrag der Leitstelle die Verordnung einer Krankenbeförderung.
 - b. **Notfallversorgung** als Versorgung vor Ort, insbesondere durch Notfallsanitäterinnen und -sanitäter und – wenn erforderlich – auch Notärztinnen und Notärzte
 - c. **Notfalltransport** als Transportleistung, die getrennt von der Versorgung zu betrachten ist. Ein Transport muss dabei nicht nur in ein Krankenhaus, sondern in die für den individuellen Notfall am besten geeignete Gesundheitseinrichtung möglich sein, zum Beispiel auch in die Hausarztpraxis oder eine KV-Notdienstpraxis.
 - d. **pflegerische Notfallversorgung**, notfallmäßige **Palliativversorgung** und **psychiatrisch-psychosoziale Krisenintervention** für komplexe Fälle, zusammengefasst als spezielle ambulante Notfallversorgung (SANV) in Anlehnung an die SAPV.
2. **§ 133 SGB V** bedarf einer grundlegenden **Neufassung** mit Blick auf die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (**gesetzlich geregeltes Vertragsmodell mit den Krankenkassen als Vertragspartner**), vor allem hinsichtlich der Finanzierung (s. unten). Hierbei ist auch ein Mechanismus zur Konfliktlösung im SGB V zu etablieren. Zudem sollte im Kontext der §§ 135 ff. SGB V die bislang nicht adressierte Frage der Qualitätssicherung normiert werden (s. unten).
3. Zur Förderung der Qualität des Rettungsdienstes sind Maßnahmen zur Herstellung von **Transparenz und Qualitätssicherung** erforderlich. Struktur- und Prozessqualitätsparameter sollten eingeführt werden. Hierbei ist zum Beispiel zu denken an Vorgaben für Mindestpersonalausstattung, Qualifikation und Weiterqualifizierungsmaßnahmen im Sinne von festen Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Rettungsdienst- und Leitstellenpersonal, Art und Anzahl sowie standardisierte Ausstattung von Rettungsmitteln, die Implementierung einheitlicher medizinischer und damit auch bundeseinheitlich vergleichbarer Vorgaben sowie die





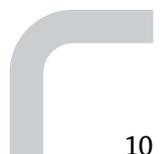
Teilnahme an Registern oder den Einsatz von Spezialrettungsmitteln wie Intensivtransportwagen.

Für die **Implementierung von Maßnahmen, die die Qualität durch** Struktur- und Prozessmaßnahmen sichern, schlägt die Kommission vorübergehende **Pauschalen oder Zusatzentgelte** vor. **Welche Maßnahmen bzw. Leistungen über diese Pauschalen oder Zusatzentgelte** finanziert werden, sollte mit dem Ziel einer raschen Umsetzung durch den Gesetzgeber festgelegt werden.

4. **Die Anforderungen an Struktur-, Prozess- und soweit möglich Ergebnisqualität** sowie die **Qualifikation** des eingesetzten Personals in **Leitstellen** und der **Notfallrettung** sollten **länderübergreifend vereinheitlicht** werden. Anzustreben ist die **Etablierung eines Notfallversorgungsregisters**, in dem ein Kerndatensatz (unter Beachtung der Datensparsamkeit automatisierte Übermittlung ohnehin digital vorliegender Daten) von **KV-Notdienst, Rettungsdienst und Notaufnahmen** sowie perspektivisch Integrierten Notfallzentren zusammengeführt werden, um die **regionale Versorgungsqualität** und daneben die **Kosten** bundeseinheitlich **transparent** darzustellen und evidenzgeleitet weiterzuentwickeln. Die Vereinheitlichung der Dokumentation und die flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenakte bieten hierfür exzellente Grundlagen. Der fallbezogene Datensatz sollte in Analogie zu § 21 KHEntgG entwickelt werden.

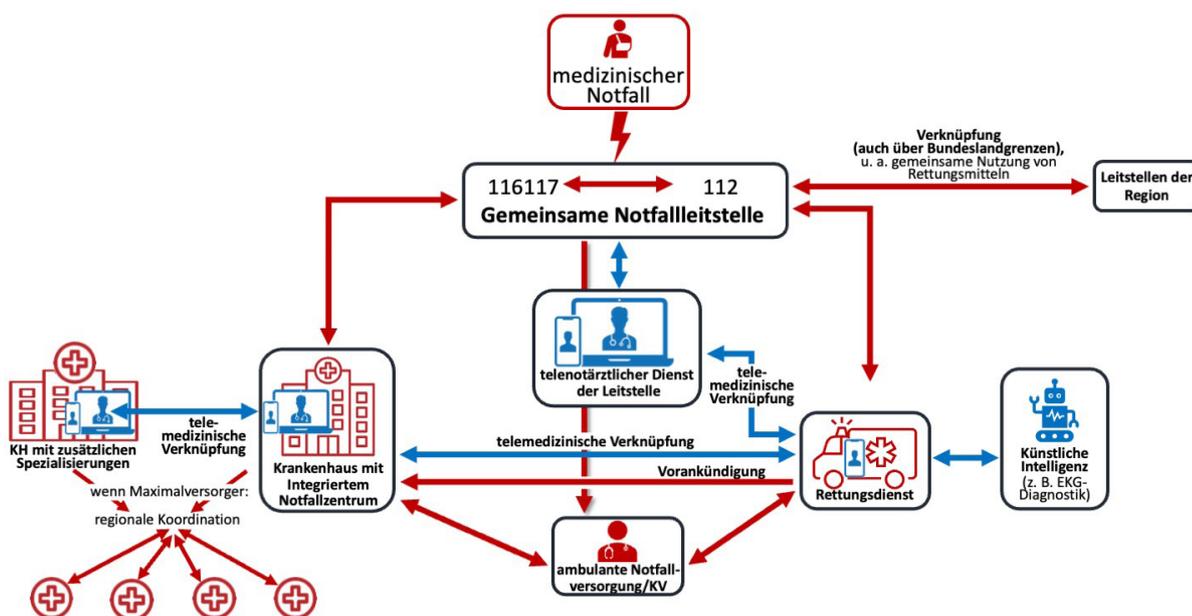
Das Register sollte Ausgangspunkt für den Abbau regionaler Unterschiede sein – soweit diese nicht regionalspezifisch begründbar sind. Ein Anknüpfungspunkt kann das bislang von Notaufnahmen auf freiwilliger Basis genutzte AKTIN-Register²⁰ sein, das derzeit vorrangig der Versorgungsforschung dient. Das Register sollte dem Bundesministerium für Gesundheit zugeordnet sein, das es an eine geeignete Institution übertragen kann. Für ein sektorenübergreifendes Qualitätsmanagement müssen die **datenschutzrechtlichen Regelungen** verankert werden. Die Ergebnisse sollten öffentlich zugänglich gemacht werden (Quartals- und Jahresberichte).

²⁰ <https://aktin.org/>.





Der **Rettungsdienst** muss **technisch einheitlich digital** und umfassend mit den anderen Säulen der Notfallversorgung sowie der elektronischen Patientenakte **vernetzt** werden, einschließlich telemedizinischer Verknüpfung rund um die Uhr (Abb. 2).



› **Abbildung 2:**
Netzwerk und telemedizinische Verknüpfungen im Rettungswesen
(eigene Darstellung)

5. Ferner ist für die bessere **Patientensteuerung** und **Prozessoptimierung** ein digitales Echtzeit-Register zur **Erfassung und Abfrage der verfügbaren Ressourcen** und deren Auslastung zu verwenden, z. B. IVENA (interdisziplinärer Versorgungsnachweis) oder eine Weiterentwicklung hiervon.²¹ Das Register sollte sinnvollerweise mit dem DIVI-Intensivregister²² verbunden werden. Durch eine **einheitliche automatisierte und kontinuierliche Datenerfassung** aus Präklinik und Klinik durch Kombination mit KI-gestützten Algorithmen sollte eine **prospektive Bedarfsermittlung** und damit bessere **Steuerung** angestrebt werden (Bsp. Projekt „Notaufnahmeampel“²³).
6. **Regionale Gremien** der Gesundheitspolitik, **Kostenträger** und **Leistungserbringer** sind in die **einheitliche Bedarfsplanung unter Leitung der Länder** einzubeziehen.

21 Auch dieses Register kann sinnvollerweise an dem laut Koalitionsvertrag zu gründenden Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit angesiedelt werden.

22 <https://www.intensivregister.de/#/index>.

23 <https://www.dgina.de/corona-notaufnahme-ampel>.



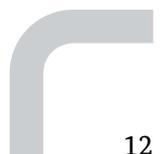
7. Sinnvoll ist eine Konzentration und **Zentralisierung der Leitstellen** unter der Ägide und Koordination des jeweiligen Bundeslandes anstelle der bisherigen Zersplitterung auf knapp 300 Rettungsdienstbereiche mit ca. 240 Leitstellen. Ein erster sinnvoller Schritt ist daher die Verknüpfung von Leitstellen. Mit Blick auf die medizinische Notfallversorgung kann perspektivisch als Orientierung eine Leitstelle (einschließlich einer 24/7-telenotärztlichen Besetzung) pro circa 1 Million Einwohner in Betracht gezogen werden.^{24,25} In dünner besiedelten Gegenden können auch kleinere Leitstellen angezeigt sein. Allerdings werden vielerorts gemeinsame Leitstellen mit der Polizei, der Feuerwehr und weiteren Stellen für die Gefahrenabwehr betrieben, sodass hier andere Orientierungswerte gelten.
8. Mit dem Ziel der Konzentration sollte die **Planung** daher in der Regel **landkreisübergreifend** erfolgen. Hierzu kann es zielführend sein, dass sich mehrere Kommunen zu Verbänden zusammenschließen.

Grundsätzlich sollten benachbarte Leitstellen so kooperieren, dass sie auch auf die Rettungsmittel der Nachbarleitstellen zurückgreifen können, auch über Bundeslandgrenzen hinweg. Hierfür sind gemeinsame EDV-Schnittstellen erforderlich, sodass unter anderem die verfügbaren Rettungsmittel und deren aktuelle Position in Echtzeit ersichtlich sind. Eine derartige Konzentration der Leitstellen sollte sinnvoll durch Anreizsysteme, zum Beispiel im Rahmen der Vorhaltefinanzierung (siehe unten), gefördert werden. Alternativ kann überlegt werden, die Zuständigkeit von den Kommunen vollständig an die Bundesländer zu geben.

9. Auch im ärztlichen Bereich besteht Personalmangel, verstärkt in Flächenländern. Nicht nur aus diesem Grund sollten die **Befugnisse von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern ausgeweitet** werden (bei entsprechender Qualifizierung). Dies kann **durch Generaldelegation erfolgen, die durch die flächendeckend einzuführenden ärztlichen Leitungen Rettungsdienst erteilt** werden können. Der Tabelle 1 kann ein Vorschlag für verschiedene Ausbildungs- und Qualifikationsstufen und damit verbundene Kompetenzen entnommen werden. Die Befugnisse sollten insbesondere die Gabe von Arzneimitteln inklusive Betäubungsmitteln und geeignete sog. invasive Maßnahmen umfassen. Entsprechend sollten **perspektivisch speziell qualifizierte Notärztinnen und Notärzte** nach einheitlichem Standard **präklinisch nur in besonders komplexen Fällen** und überwiegend per Rettungs-(Transport-)Hub-schrauber/Luftrettung oder telemedizinisch unterstützend **eingesetzt**

24 Eine Kalkulation des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen ergab die Notwendigkeit eines Telenotarztes für ca. 1 bis 1,5 Millionen Einwohner (s. auch Römer F: The upscaling of a tele-EMS physician system in North-Rhine Westphalia. B.Sc. Thesis, Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, 2019).

25 Die Zahl der Standorte von Krankentransportwagen und anderen Rettungsmitteln ist unabhängig von der Zahl der Leitstellen mit der Maßgabe kurzer Anfahrtswege festzulegen.





werden. Besonders qualifizierte Notfallsanitäterinnen und -sanitäter sollten mit eigener fachgebundener Heilkundebefugnis nach Vorbild anderer Staaten²⁶ („**advanced paramedic practitioner**“, Bachelor/Master-Niveau) den jetzigen Notarztdienst substituieren und die ärztlichen Spezialressourcen nur bei Bedarf anfordern müssen. Einer engen personellen und organisatorischen Zusammenarbeit von Notaufnahmen der Krankenhäuser und präklinischer Notfallrettung kommt eine zunehmende Bedeutung zu.

NEU: Master Advanced Care Paramedic
(Aufbau-Studium auf BA Paramedic)

Führt auch komplexe medizinische Maßnahmen eigenständig durch. Übernimmt Führungs-, Ausbildungs- und Qualitätssicherungsaufgaben.

NEU: Bachelor Paramedic
(grundständiges Studium bzw.
Aufbaustudium für Notfallsanitäter)

Fachgebundene Heilkundebefugnis. Führt in Substitution auch komplexe notfallmedizinische Aufgaben/Tätigkeiten eigenständig und bei Bedarf mit ärztlicher (telemedizinischer) Beratung durch.

Notfallsanitäter mit 3-jähriger Ausbildung

Führt in Vorab- bzw. Generaldelegation komplexe notfallmedizinische Aufgaben/Tätigkeiten durch, bei Bedarf mit ärztlicher (telemedizinischer) Beratung sowie enger ärztlicher Supervision.

Rettungssanitäter mit 3-monatiger Ausbildung
Neu: 1-jährige Ausbildung

Führt notfallmedizinische Standard-Aufgaben aus. Komplexe Tätigkeiten nur im Ausnahmefall (ärztliche Einzelfalldelegation).

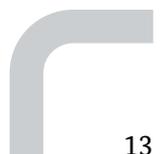
› **Tabelle 1**

Vorschlag für verschiedene Ausbildungs- und Qualifikationsstufen und damit verbundene Kompetenzen im nichtärztlichen Rettungsdienst

10. Um auch in **ländlichen Regionen eine hochwertige Notfallversorgung** zeitnah zu ermöglichen, empfiehlt die Regierungskommission, abhängig von der Krankenhausplanung des Bundeslandes, **einen Ausbau des Luftrettungsdienstes**, insbesondere durch Ausbau von Landemöglichkeiten und Nachtbetrieb.²⁷ Der **Transfer** zwischen Kliniken und weiteren Gesundheitseinrichtungen muss ausgebaut, einheitlich geregelt und mit der Notfallrettung verknüpft werden. Es darf nicht der (in der Regel kleineren) Klinik überlassen bleiben, eine adäquate Ressource zum Transport eines kritisch Kranken in ein Zentrum zu organisieren.
11. **Die allgemeine Gesundheitskompetenz** (health literacy) muss gesteigert werden; das gilt insbesondere auch für die Kompetenz zur Eigenbehandlung von akuten Gesundheitsbeschwerden bis zur Erreichbarkeit eines Arztes.

²⁶ Dies ist beispielsweise in Australien, dem Vereinigten Königreich, den USA, Kanada, Norwegen und Finnland der Fall.

²⁷ Dahmen et al., Deutsches Ärzteblatt 2023. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/230932/Flaechendeckende-Notfallreform-Luftrettung-massgeblicher-Faktor>.





12. Empfohlen wird eine strukturierte Einbeziehung der **Bevölkerung** in die **Notfallversorgung** durch
 - a. **verpflichtende Ausbildung zur „Ersten Hilfe“**, insbesondere zum Thema **„Reanimation“**, **in den Grund- und weiterführenden Schulen und am Arbeitsplatz**. Hierfür sind interministerielle Initiativen, u. a. unter Einbezug der Kultusministerkonferenz, erforderlich. Ein Schulfach „Gesundheitskompetenz“ erscheint erstrebenswert.
 - b. Einführung **flächendeckender und vernetzter Ersthelfer-Apps** (z. B. „Katreter²⁸“), die mit verpflichtenden AED²⁹-Registern der Leitstellen vernetzt sind.
 - c. flächendeckendes Aufstellen von öffentlich zugänglichen Defibrillatoren (**Public-Access-AED, PA-AED**) (mindestens in Sportstätten, anderen Veranstaltungsorten, öffentlichen Gebäuden und öffentlichen Verkehrsmitteln) sowie deren Erfassung in einheitlichen Registern, die die Leitstellen pflegen. Die Leitstellen müssen im Verdachtsfall Ersthelfer mit PA-AED digital per App alarmieren.³⁰
 - d. Förderung des **Ehrenamtes und Community First Responder-Strukturen**, insbesondere in strukturschwachen Gebieten.
13. **Vulnerable Gruppen sollten gesondert über die individuelle Notfallvorsorge** (advanced care planning) aufgeklärt und hierzu ermutigt werden.
14. Für sog. „**frequent-user**“ der Notfallversorgungsstrukturen muss ein **Case-Management** zur Prüfung einer adäquaten Versorgung der Hilfesuchenden eingerichtet werden, um Fehlnutzungen zu verringern.
15. **Finanzierung des Rettungsdienstes inkl. der Leitstellen:**

Die **Betriebs- und Vorhaltekosten** des Rettungsdienstes sind von den Krankenkassen zu tragen.

 - a. Mit Umsetzung der Empfehlung 1 (siehe oben) werden die **Leistungen der Leitstelle, die Notfallversorgung vor Ort, der Notfalltransport** und die **zusätzlichen Dienste** wie pflegerische Notfallversorgung durch die **Krankenkassen vergütet**.
 - b. Hierfür werden auf **bundeseinheitlicher Grundlage** durchgängig die **Krankenkassen und Leistungserbringer** verpflichtet, **Entgelte zu verhandeln** (Änderung von § 133 SGB V). Für den Fall der Nichteinigung ist eine Konfliktlösungsstrategie festzulegen.

²⁸ <https://katretter.de/>.

²⁹ Automatisierter externer Defibrillator.

³⁰ Die lebensrettende Wirksamkeit von PA-AED wurde u. a. in dieser Studie gezeigt: Karlsson, L. et al. Automated external defibrillator accessibility is crucial for bystander defibrillation and survival: A registry-based study. Resuscitation 2019; 136: 30–37.





- c. Die **Vergütung** des Rettungsdienstes (inkl. der Leitstellenleistungen) sollte sich aus einem **Basis- (= Vorhalte-) und einem variablen (= Leistungs-)Anteil** zusammensetzen und ist, wie oben dargelegt, von den Krankenkassen zu tragen. Aufgrund des wenig planbaren Charakters der Notfallversorgung ist es in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Regierungskommission zur Reform der Krankenhausfinanzierung hier besonders angezeigt, die **Vorhaltekosten über nicht-leistungsgebundene Pauschalen** zu vergüten.
- d. Zum **Ausgleich regionaler Kostenunterschiede** können regional-spezifische **Anpassungsfaktoren** auf die bundesweit geltenden Entgelte vereinbart werden. Eine geringe Häufigkeit von Einsätzen, etwa in dünn besiedelten Regionen, sollte über den o. g. Vorhalteanteil berücksichtigt werden.
- e. Entsprechend der Zuständigkeit für die Gefahrenabwehr sind die notwendigen **Investitionen** für den Rettungsdienst (inkl. der Leitstellen) **durch die Länder und die Kommunen** zu tragen. Um eine ausreichende Investitionsfinanzierung in allen Teilen Deutschlands sicherzustellen, sind die oben genannten **Qualitätsvorgaben** und bundesweiten **Notfallversorgungsregister** und die damit verbundene **Transparenz** auch über die Investitionen eine wesentliche Maßnahme.³¹ **Weitere Anreiz-, Überprüfungs- und Sanktionsmechanismen** hinsichtlich einer angemessenen Investitionsfinanzierung sollten **politisch beraten** werden.
- f. Gesetzlich sollte die **Querfinanzierung von nichtmedizinischen Leistungen, z. B. für den Brandschutz, durch die Krankenkassen ausgeschlossen** werden.
- g. Als **mittel- oder langfristiges Ziel** könnte einerseits eine monistische Finanzierung des **Rettungsdienstes (inkl. der Leitstellen) durch die Krankenkassen – einschließlich Investitionen und Vorhaltung – Vorteile bedeuten**. Dies würde eine bessere Abstimmung von Investitionen, Bedarf und Inanspruchnahme ermöglichen. Hierzu wäre eine aus drei Säulen bestehende Finanzierung denkbar. Vorhaltefinanzierung und leistungsabhängige Finanzierung wären die erste und die zweite Säule und könnten im Verhältnis 3 : 2 stehen. Als dritte Säule wäre eine Investitionskostenfinanzierung in Höhe von mindestens 8 % der Summe der ersten beiden Säulen zu ergänzen. Für die Übernahme der Investitionskosten durch die Krankenkassen wäre dann zum einen ein angemessener Ausgleich durch die Kommunen und Ländern festzulegen und zum anderen wäre den Krankenkassen ein Entscheidungsrecht über Ausstattung und Leistungen des Ret-

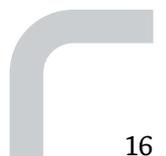
³¹ Ein Beispiel für bundesweit einheitliche Planungsvorgaben für die Infrastruktur wären bundeseinheitliche Hilfsfristen (Zeit bis zum Eintreffen adäquater Hilfe am Einsatzort) als Grundlage für die Verteilung von Rettungswachen.





tungsdienstes inkl. der Leitstellen sowie eine größere Transparenz über das Leistungsgeschehen zu gewähren. Den Kommunen wäre dann ein Mitspracherecht bezüglich der Investitionen einzuräumen.

Andererseits sind die Leitstellen in vielen Regionen Deutschlands nicht nur für medizinische Notfälle zuständig, sondern für einen weiten Bereich der Gefahrenabwehr, zum Beispiel durch Polizei oder Feuerwehr (Brandbekämpfung). Dies ist ein Argument für die Beibehaltung der Investitionsfinanzierung durch Länder und Kommunen, die für die Gefahrenabwehr zuständig sind. Eine Finanzierung nicht-medizinischer Gefahrenabwehr durch die Krankenkassen ist abzulehnen.





Diese Stellungnahme und Empfehlung ist im Internet abrufbar unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-rettungsdienst.pdf

Diese Stellungnahme und Empfehlung wurde von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ohne Gegenstimme bei einer Enthaltung verabschiedet.

**Mitglieder der Regierungskommission
sind (in alphabetischer Reihenfolge):**

Prof. Dr. Boris Augurzky
Prof. Dr. Tom Bschor
Prof. Dr. Reinhard Busse
Prof. Dr. Jörg Dötsch
Michaela Evans
Prof. Dr. Dagmar Felix
Irmtraud Gürkan
Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
Prof. Dr. Martina Hasseler
Prof. Dr. Stefan Huster
Prof. Dr. Christian Karagiannidis
Prof. Dr. Thorsten Kingreen
Prof. Dr. Heyo Kroemer
Prof. Dr. Laura Münkler
Prof. Dr. Jochen Schmitt
Prof. Dr. Rajan Somasundaram
Prof. Dr. Leonie Sundmacher





Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung



Impressum

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Leiter und Koordinator:

Prof. Dr. med. Tom Bschor
c/o Bundesministerium für Gesundheit
Mauerstraße 29, 10117 Berlin

Postanschrift: 11055 Berlin
Krankenhauskommission@bmg.bund.de

Veröffentlichung: 7. September 2023

