Positionspapier

Wirtschaftsrat der CDU e.V.
Luisenstr. 44, 10117 Berlin
Telefon: 0 30 / 240 87-216
E-Mail: gesundheit@wirtschaftsrat.de

Berlin, im Juni 2025

Notfallversorgung und Rettungsdienst reformieren

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ist trotz aller politischen Ereignisse der letzten Monate sowohl vom Bundestag als auch vom Bundesrat beschlossen worden. Das KHVVG bezieht sich in der nun verabschiedeten Fassung auf den wichtigen Baustein der klinischen Gesundheitsversorgung in Deutschland. Aber auch alle anderen Bestandteile der medizinischen Versorgung in Deutschland müssen betrachtet werden. Dies reicht von den niedergelassenen Haus- und Fachärzten, über ambulante Gesundheitseinrichtungen, den kassenärztlichen Notdiensten, den Rettungsdiensten, bis hin zur Rehabilitation und den Apotheken. Alle Bereiche des deutschen Gesundheitssystems müssen optimal aufeinander abgestimmt sein und ineinandergreifen, damit Patientinnen und Patienten bestmöglich versorgt werden.

Daher ist eine zeitnahe Reform der medizinischen Notfallversorgung als Bindeglied zwischen der niedergelassenen, ambulanten, notfallmedizinischen und klinischen Versorgung, insbesondere in oft lebensbedrohlichen medizinischen Notlagen, unabdingbar. Dabei sollte die optimale Versorgungskette zum Zeitpunkt des Absetzens eines Notrufes beginnen und sich über die Versorgung durch den Rettungsdienst bis hin zum Eintreffen in der bestgeeigneten Klinik erstrecken.

Folgende Punkte sollten aus Sicht der Bundesarbeitsgruppe Krankenhaus des Wirtschaftsrates im Rahmen einer Reformierung der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland Berücksichtigung finden:

1. Die Leitstellen reformieren

Die Leitstellen als Anlaufpunkte für Menschen in medizinischen Notlagen müssen besser vernetzt und ertüchtigt werden. So ist es für viele Patientinnen und Patienten oft nicht ersichtlich, ob Ihr Anliegen eher ein Fall für den Ärztlichen Bereitschafts- bzw. Notdienst mit der Rufnummer 116117 ist, oder ein akut lebensbedrohlicher Fall für den Rettungsdienst mit der Rufnummer 112 besteht. Hierfür müssen diese Leitstellen enger vernetzt sein, um dann durch bundesweit standardisierte Abfragen die optimale Hilfe zu entsenden.

Die Einordnung und Bewertung von medizinischen Notrufen in den Leitstellen muss verbessert werden. Neben einer verbindlichen Einführung von strukturierten Notrufabfragen sollten die Disponenten durch moderne Technik und Künstliche Intelligenz (KI) bei der Entscheidungsfindung unterstützt werden. Die Disposition ist der zentrale Pfeiler einer zielgerichteten präklinischen Notfallversorgung. Die richtigen Rettungsmittel müssen unter Berücksichtigung der Art und Schwere des Notfalls, der Dringlichkeit, der Erforderlichkeit einer geeigneten Zielklinik und der zu überbrückenden Entfernungen sowie der einzuhaltenden Zeitfristen disponiert werden. Insgesamt würden diese Verbesserungen zu einem wirtschaftlicheren Einsatz der knappen Ressourcen im Rettungsdienst führen.

In den Leitstellen sollen nicht nur einfach die Rettungsmittel alarmiert werden, sondern diese anhand einer georeferenzierten Disposition in Echtzeit zu den Patientinnen und Patienten entsandt werden. Dabei ist bei der Wahl der Einsatzmittel nicht alleinig die Eintreffzeit an der Einsatzstelle, sondern vorausblickend auch der Patiententransport in eine geeignete Zielklinik zu berücksichtigen. Weiterhin sollten die Leitstellen stets eine Übersicht über aktuell verfügbare Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser haben, damit Notfallpatientinnen und Patienten zügig in die bestgeeignete Klinik gelangen können.

Zugleich ist die Patientensteuerung stärker zu betonen. Leitstellen müssen nicht nur auf Notrufe reagieren, sondern aktiv dazu beitragen, Patientinnen und Patienten in die jeweils geeignete Versorgungsebene zu lenken – sei es der ärztliche Bereitschaftsdienst, der Rettungsdienst oder alternative ambulante Versorgungsangebote. Eine verbesserte Erstbewertung der Anrufe, gegebenenfalls unter Einbindung medizinischer Fachkräfte in der Leitstelle, kann helfen, unnötige Rettungseinsätze zu vermeiden und den Zugang zur richtigen Hilfe zur richtigen Zeit sicherzustellen. Dies schützt nicht nur Rettungsdienstressourcen, sondern erhöht auch die Versorgungsqualität für die Bevölkerung insgesamt.

Ein zentrales Hemmnis für eine bundesweit einheitliche und leistungsfähige Notrufdisposition liegt in der bislang uneinheitlichen Qualifikation des Leitstellenpersonals. Die Ausbildung und Qualifikation von Disponentinnen und Disponenten ist in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich geregelt – mit teils erheblichen Unterschieden in Ausbildungsdauer, Inhalten und Anforderungen. Es bedarf daher einheitlicher, verbindlicher Qualifikationsstandards auf Bundesebene, um eine gleichbleibend hohe Qualität der Notrufannahme und -bearbeitung sicherzustellen. Auch Fort- und Weiterbildungen müssen bundesweit vergleichbar geregelt und verpflichtend sein, um dem hohen fachlichen Anspruch dieser Tätigkeit gerecht zu werden.

Darüber hinaus ist auch die Anzahl und Struktur der Leitstellen selbst zu hinterfragen. In einigen Bundesländern existiert eine hohe Dichte an Leitstellen, die aufgrund technischer Entwicklungen, digitaler Vernetzung und moderner Kommunikationstechnik nicht mehr notwendig ist. Eine gezielte Reduktion der Leitstellenanzahl kann helfen, personelle und technische Ressourcen zu bündeln, Spezialisierung und Qualitätsstandards zu sichern sowie Kosten zu senken. Dabei muss allerdings sensibel mit regionalen Besonderheiten umgegangen werden – in dünn besiedelten oder topographisch schwierigen Regionen kann eine flächendeckende Versorgung durchaus mehr, strategisch verteilte Leitstellen erfordern. Ziel muss eine ausgewogene Struktur sein, die die Erreichbarkeit, Reaktionszeit und Qualität der Versorgung gleichermaßen berücksichtigt.

Dabei bedarf es abgestufter Hilfeleistungskonzepte, damit die Leitstellen neben dem Rettungsdienst auch Hilfsmöglichkeiten für weniger kritische medizinische Fälle entsenden können. Der Rettungsdienst kann aber weder heute noch in der Zukunft Versorgungslücken bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern oder auch Pflegeheimen schließen.

2. Chancen der Digitalisierung und KI besser nutzen

Chancen der Digitalisierung müssen besser genutzt werden. Hierbei ist jedoch darauf zu achten, dass es nicht verschiedenste Insellösungen gibt. Sollte es verschiedene Systeme und Software geben, so sind einheitliche Schnittstellen und Standards zu schaffen, damit Medienbrüche und Informationsverluste vermieden werden. Ersthelfer-Apps, KI bei der Notrufabfrage und Disposition der Einsatzmittel und auch Telemedizin können dabei helfen Menschenleben zu retten. Im Rettungsdienst kann die Einbindung der Telemedizin nicht nur bei Notfalleinsätzen, sondern auch bei Intensivverlegungen genutzt werden. Einerseits kann so

ärztliche Kompetenz digital in den Einsatz geholt werden, andererseits ist aber auch eine Übermittlung von Vitalwerten, Bildern und Live-Videos direkt in die Zielklinik möglich, so dass die Übergabe vom Rettungsdienst an die Klinik präziser und schneller ablaufen kann.

Zudem sollte der Einsatz von KI in den Prozessen weiter vorangebracht werden. Zum einen wäre die Entlastung des Fachpersonals von administrativen Aufgaben ein wichtiger Schritt, zum anderen könnte KI auch in den Prozessen bei der Einschätzung der Behandlungsnotwendigkeit bzw. -intensität zum Einsatz kommen.

3. Bundeseinheitliche Mindeststandards festlegen

Sowohl bei Hilfsfristen als auch in den Abläufen, Ausstattung und der Qualität im Rettungsdienst sind bundeseinheitliche Mindeststandards wünschenswert. Dabei ist zu beachten, dass diese Mindestvorgaben für alle erreichbar und umsetzbar sind, die Bundesländer aber bei Bedarf auch über diese hinausgehen dürfen.
Insbesondere mit Blick auf Innovationen dürfen Standards aber kein Hemmschuh für eine bessere Patientenversorgung werden. In einem Gremium, welches solche zukünftigen Standards definiert, müssen nicht nur Vertreter der staatlichen Träger und der Kostenträger, sondern auch die Praktiker aus dem bodengebundenen Rettungsdienst, der Luftrettung und der Notfallmedizin stimmberechtigt vertreten sein.

4. Doppelstrukturen vermeiden

Um knappe Ressourcen an Fachkräften und finanziellen Mitteln sinnvoll einzusetzen, bedarf es bei Planungen in der Krankenhauslandschaft, dem Rettungsdienst und der Luftrettung stets einen Blick über den Tellerrand hinaus. Bei Strukturplanungen im Rettungsdienst und der Luftrettung sollte daher über einzelne Kreise oder Regionen auch über die Grenzen der Bundesländer hinweg geschaut und keine unnötigen Doppelstrukturen geschaffen werden.

5. Integrierte Notfallzentren ermöglichen

Die konsequente Umsetzung Integrierter Notfallzentren (INZ) ist ein zentraler Baustein zur Entlastung der Krankenhausnotaufnahmen und zur besseren Steuerung von Patientinnen und Patienten in medizinischen Akutsituationen. Integrierte Notfallzentren an Krankenhausstandorten verbinden die Notaufnahme eines Krankenhauses mit einer ambulanten Versorgungseinheit – etwa einer KV-Praxis oder einem durch das Krankenhaus betriebenen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) – unter einem gemeinsamen Tresen. Patientinnen und Patienten erhalten dort eine strukturierte Ersteinschätzung und werden anschließend dem geeigneten Behandlungsweg zugewiesen. Damit wird vermieden, dass medizinische Bagatellfälle wertvolle Kapazitäten in der klinischen Notfallversorgung binden.

Der Aufbau von INZ darf nicht künstlich durch regionale Höchstgrenzen beschränkt werden. Maßgeblich für die Einrichtung eines INZ sollte vielmehr die Anzahl der zentralen Notaufnahmen (ZNA) an Krankenhäusern der Maximal- und Schwerpunktversorgung in einer Region sein. Ziel muss es sein, dass jede Zentrale Notaufnahme perspektivisch mit einem INZ verknüpft wird. Eine starre Kontingentierung wäre kontraproduktiv und würde die strukturelle Zielsetzung unterlaufen.

Für die Errichtung eines INZ müssen verbindlich KV-Sitze zur Verfügung stehen – entweder durch die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen selbst oder durch die Möglichkeit,

dass Krankenhäuser MVZ-Sitze betreiben. Auch in Fällen, in denen die Kassenärztlichen Vereinigungen keine aktive Mitwirkung leisten, müssen die Krankenhäuser bei der integrierten Versorgung unterstützt werden. Erfolgreiche Modelle, etwa am Marienkrankenhaus in Hamburg, zeigen, dass Krankenhäuser selbst tragfähige und funktionierende INZ-Strukturen aufbauen können.

Ein INZ darf nicht als Ersatz für die reguläre ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte missverstanden werden. Vielmehr dient es der gezielten Entlastung der Notaufnahmen durch eine effektive Selektion und Triage. Eine Reduktion der allgemeinen KV-Sitze zugunsten von INZ würde langfristig zu einer Verschärfung der Versorgungsengpässe führen und die Patientenzahlen in den Krankenhäusern zusätzlich erhöhen.

Die Etablierung eines INZ erfordert an vielen Klinikstandorten bauliche und strukturelle Anpassungen, um eine funktionierende räumliche und organisatorische Integration von Notaufnahme und ambulanter Versorgung zu gewährleisten. Die Umsetzung muss daher auch unter Berücksichtigung realistischer Zeithorizonte und Finanzierungsbedarfe erfolgen. Förderprogramme und Investitionsanreize sind erforderlich, um notwendige Umbaumaßnahmen zügig und flächendeckend realisieren zu können.

Eine wirksame Integration gelingt nur bei uneingeschränktem Zugang zu digitalen Patientendaten. Deshalb müssen INZ und ZNA über einen vollständigen Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) verfügen. Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass Datenschutzvorgaben die medizinische Notfallversorgung nicht beeinträchtigen. Ein pragmatischer, auf das Notfallsetting zugeschnittener Umgang mit Datenschutzanforderungen ist zwingend notwendig, um schnelle, präzise und sichere medizinische Entscheidungen zu ermöglichen.

6. Rettungsdienst als eigenständige Leistung gesetzlich verankern

Seit seiner Einführung vor einigen Jahrzehnten hat sich der Rettungsdienst von einer reinen Transportleistung sowohl technisch, einsatztaktisch und auch in der Qualifikation der Mitarbeiter im Rettungsdienst erheblich weiterentwickelt. Heute erfolgt in der Regel bereits bei Notrufeingang eine medizinische Ersteinschätzung und die präklinische Behandlung startet oft mit dem Eintreffen des Rettungsdienstes, da durch hochqualifiziertes Fachpersonal bereits erste Behandlungsschritte am Einsatzort beginnen und auf dem Transport in die Klinik fortgesetzt werden können. So gleichen beispielsweise Rettungshubschrauber heute fliegenden Intensivstationen. Diesem Fortschritt muss in der Vergütungsstruktur Rechnung getragen werden, indem die Leistung des Rettungsdienstes nicht mehr als reine Transportleistung, sondern als eigenständiges Versorgungselement mit einem individuellen Anspruch auf medizinische Notfallrettung rechtlich festgeschrieben wird.

Im Rahmen der von uns befürworteten Aufnahme der präklinischen Notfallmedizin als eigenständige Leistung in das SGB V, muss zugleich verbindlich geregelt werden, wie eine klare Trennung zwischen den Rettungsdienstleistungen - die von den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zu tragen sind - und den von den Ländern zu tragenden Ausgaben für die Gefahrenabwehr und Daseinsvorsorge, sichergestellt werden kann.

7. Vergabeverfahren reformieren

Soweit aus Sicht der staatlichen Träger der Rettungsdienste europaweite Vergabeverfahren notwendig sein sollten, so darf nicht nur alleinig der Preis bei der Entscheidung berücksichtigt werden, sondern es muss auch die Qualität eine wichtige Rolle bei der Entscheidung spielen. Weiterhin sollten bei Ausschreibungen sinnvolle Vergabezeiträume vorgegeben werden, damit langfristige Investitionen in Rettungswachen, Fahrzeuge und Luftfahrzeuge möglich sind. Auch für den Personal- und Fachkräftebereich ermöglichen längere Vergabedauern eine bessere Planbarkeit. Es wäre wünschenswert, dass durch ein vollzogenes wettbewerbsrechtliches Vergabeverfahren mit dem Zuschlag durch den jeweils zuständigen Auftraggeber die Wirtschaftlichkeit der entsprechenden Leistung ausreichend begründet wird und es im Nachgang keine aufwändigen Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern zur Unterbietung der Preise aus dem Zuschlagsangebot gibt. Darüber hinaus wäre in Anbetracht der überwiegend gemeinnützigen Leistungserbringer im Rettungsdienst ein wirtschaftliches Kostendeckungsprinzip wünschenswert, um die Sicherstellung auch im Rahmen von Dienstleistungskonzessionen zu garantieren.

8. Luftrettung stärker ausbauen

Die Ressourcen im Rettungsdienst und der Luftrettung werden auch in Zukunft begrenzt sein. Daher gilt es die Rettungsfachkräfte und Notärztinnen und Notärzte so effizient wie möglich einzusetzen. Gerade bei akut lebensbedrohlichen medizinischen Notfällen (Tracer Diagnosen) sollen die Patientinnen und Patienten innerhalb von 60 Minuten nach dem Notruf in der optimalen Klinik sein. Die Luftrettung kann hierbei durch die Schnelligkeit und auch durch die erfahrenen Crews einen wichtigen Beitrag leisten. Vor dem Hintergrund, der sich abzeichnenden Ausdünnung der Krankenhauslandschaft und damit einhergehenden längeren Wegstrecken, ist daher ein verstärkter Einsatz der Luftrettung in diesen komplexen medizinischen Fällen zu erwarten. Um diesen zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden, muss die Luftrettung von den staatlichen Trägern sowohl in der Dunkelheit ausgebaut als auch moderne Flugverfahren bei schlechten Witterungsbedingungen in Deutschland zugelassen werden.

Im Rahmen der Reformen der Krankenhäuser und der Notfallreform gilt es auch die Infrastruktur für den Rettungsdienst und die Luftrettung zukunftsfest zu gestalten. Bei Neu- und Umbauten sollten möglichst kurze Zufahrtswege und Landeplätze direkt an oder auf Krankenhäusern vorgesehen werden, damit der Rettungsdienst optimal und schnell die Patientinnen und Patienten der klinischen Versorgung zu führen kann.

9. Bürokratie abbauen

Bürokratieabbau ist auch im Bereich der Rettungsdienste ein Dauerthema. So könnten beispielsweise lange Genehmigungsverfahren für Bauvorhaben durch beschleunigte Verfahren und kürzeren Einspruchsfristen, insbesondere dann, wenn das Vorhaben der Allgemeinheit dient, verkürzt werden. Bei immer wiederkehrenden jährlichen Verwaltungsverfahren z.B. für Außenlandeerlaubnisse der Luftrettung sehen wir ebenfalls Potentiale für Bürokratieabbau.

10. Ausnahmen beim Arbeitnehmerüberlassungsgesetz ermöglichen

Insbesondere in der Luftrettung sind höchstqualifizierte Ärztinnen und Ärzte im Einsatz, welche aber hauptsächlich in einer Klinik arbeiten und so laufende klinische Praxiserfahrung mitbringen. Hiervon profitieren Patientinnen und Patienten im Einsatz, wenn die Ärztinnen und Ärzte seltene notfallmedizinische Verfahren regelmäßig in der Klinik anwenden und so diese auch außerhalb der Klinik geübt und sicher durchführen können. Daher sollte es eine Ausnahme in der Arbeitnehmerüberlassung geben, damit vermieden wird, dass die Notärztinnen und Notärzte nach der Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Höchstüberlassungsdauer in eine mehrmonatige Zwangspause geschickt werden müssen, was letztlich auch zu einem erheblich höheren Personalbedarf und höheren Kosten führt.

Darüber hinaus muss sichergestellt bleiben, dass Poolärztinnen und -ärzte von der Sozialversicherungspflicht befreit bleiben. Der flexible und bedarfsorientierte Einsatz dieser hochqualifizierten Kräfte ist ein wesentlicher Baustein der Notfallversorgung. Eine Einbindung in starre sozialversicherungsrechtliche Regelungen würde ihre Einsatzfähigkeit massiv einschränken, die Attraktivität dieser Tätigkeit deutlich mindern und letztlich zu einer weiteren Verschärfung des Fachkräftemangels in der Notfallmedizin führen.

11. Eine standardisierte Erhebung von Patientendaten ermöglichen

Wir sprechen uns für eine sinnvolle und standardisierte Erhebung von Patientendaten aus, damit aus diesen auch für die Zukunft gelernt werden kann. Hierbei darf der Datenschutz im Sinne einer Optimierung der Notfallversorgung der Bevölkerung nicht zu einem Bremsklotz werden. Gerade die elektronische Patientenakte kann ein Schritt hierfür sein, aber insbesondere die Auswertung der Qualitätsdaten aus dem Rettungsdienst und die der anschließenden klinischen Behandlung ergeben letztlich Erkenntnisse zum tatsächlichen Behandlungserfolg und sollten für weitere Optimierungen der Notfallversorgung in Deutschland zukünftig zur Verfügung stehen.

12. Eine auskömmliche Finanzierung sicherstellen

Wenn es um Leben und Tod geht, darf Kostendruck nicht die Qualität der Notfallversorgung beeinträchtigen. Je besser die präklinische Notfallversorgung ist und je schneller Patientinnen und Patienten in der optimalen Klinik sind, desto positiver sind die Heilungschancen für die betroffenen Menschen. Weiterhin kommen durch den Wandel der Krankenhausstruktur in Deutschland auf die Rettungsdienste am Boden und in der Luft neue zusätzliche Herausforderungen z.B. längere Wegstrecken und damit verbunden längere Einsatzzeiten und Abwesenheiten im eigenen Einsatzgebiet zu. Um diesen neuen Anforderungen gerecht zu werden, müssen die erforderlichen Investitionen und finanziellen Mittel gesichert sein. Ein Teil dieser finanziellen Mittel sollten der Forschung zur Notfallrettung gewidmet werden.

13. Notfallversorgung nach dem Prinzip von Value-Based-Healthcare steuern

Die Steuerung und Bewertung der Notfallversorgung sollte sich konsequent am medizinischen Mehrwert für die Patientinnen und Patienten orientieren – also an den tatsächlichen Behandlungsergebnissen im Verhältnis zum Ressourceneinsatz. Das Prinzip der Value-Based Healthcare (VBHC) bietet hierfür einen geeigneten Rahmen. Statt pauschaler Leistungsdokumentation und überbordender Berichtspflichten braucht es klare, medizinisch

fundierte Indikatoren zur Ergebnisqualität, die sektorenübergreifend erhoben und verglichen werden können. Die heutigen bürokratischen Dokumentationsvorgaben binden wertvolle Zeit und Personal, ohne den Versorgungsnutzen adäquat abzubilden. Outcome-Messung – etwa bei Komplikationsraten, Wiedervorstellungen oder patientenberichteten Ergebnissen – sollte zum Standard in Notaufnahmen werden. Dabei ist eine systematische Einbindung von Daten aus elektronischer Patientenakte, Rettungsdienst und ambulanter Nachversorgung erforderlich.

Berlin, im Juni 2025