kurzpapier

Notfall- und Rettungsdienstreform angehen

STATUS QUO

- In Deutschland werden der Rettungsdienst und die Notaufnahmen zu oft für Fälle in Anspruch genommen, die aus medizinischer Sicht keine Notfälle sind. Auch suchen Versicherte mit Bagatellerkrankungen selbstständig Notaufnahmen auf. Diese unsachgemäße Inanspruchnahme verstopft die Einrichtungen, geht zulasten der Versorgung echter Notfälle und führt zu langen Wartezeiten.

- Bei einer Vielzahl der von der 112 ausgelösten Einsätze liegt keine dringende medizinische Notwendigkeit vor, die den Einsatz der hochqualifizierten Notfallversorgung mit RTW, Notarztwagen oder Luftrettung rechtfertigen würde.

- Konsequenz: In allen drei Säulen der Notfallversorgung – im Rettungsdienst, in den Notaufnahmen der Krankenhäuser und im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst – herrscht in Teilen Über- oder Fehlversorgung.

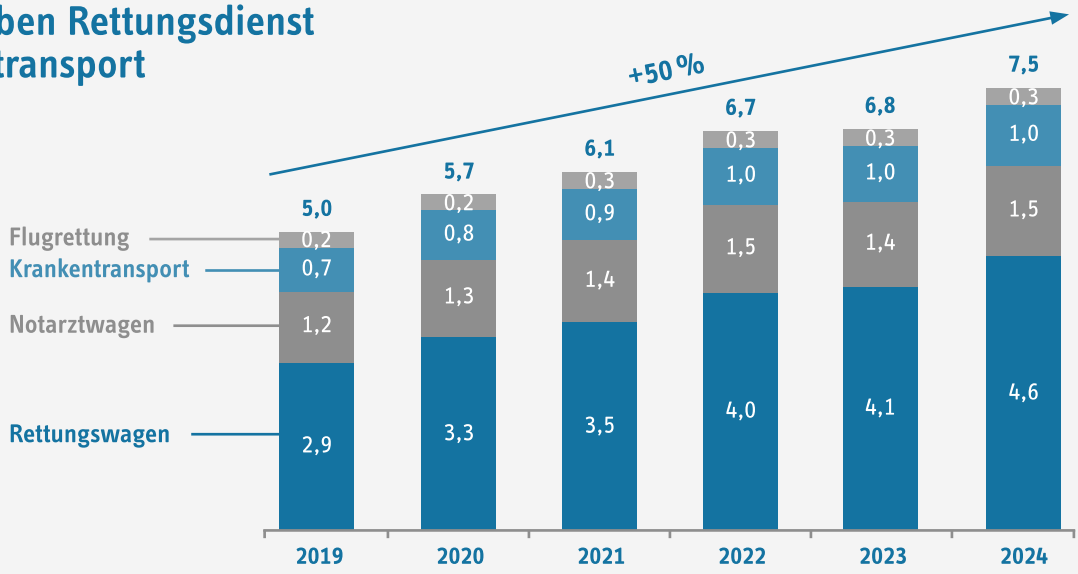
- Außerdem unterscheiden sich Versorgungsstandards und -strukturen im von den Bundesländern verantworteten Rettungsdienst insbesondere in der Anzahl der betriebenen Leitstellen. Sachverständige empfehlen eine Leitstelle je einer Million Einwohner. Zum Vergleich: NRW besitzt bei ca. 17 Millionen Einwohnern 53 Leitstellen.

- Nicht zuletzt entziehen sich die Länder seit Jahren ihrer finanziellen Verantwortung für den Rettungsdienst, was auch der Bundesrechnungshof kritisiert. Sie wälzen die Kosten über Gebühren und Entgelte weitgehend auf die Krankenkassen ab, obwohl diese gesetzlich nur zur Übernahme der Fahrtkosten verpflichtet sind.

- Die Folge ist eine Kostenexplosion im Rettungsdienst: Binnen zehn Jahren haben sich die GKV-Ausgaben von 3,4 Milliarden Euro (2014) auf 7,5 Milliarden Euro (2024) mehr als verdoppelt.

GKV – Ausgaben Rettungsdienst und Krankentransport

in Milliarden EUR
2019–2024



Quelle: *Eigene Darstellung und Berechnung nach BMG*

LÖSUNGSVORSCHLAG

→ Mithilfe einer strukturierten, digitalen Ersteinschätzung nach bundeseinheitlichen Kriterien werden **Zugangswege** besser organisiert und Patient:innen gezielt in die für sie passende Versorgungsebene geleitet. Dafür braucht es eine verpflichtende organisatorische Zusammenlegung von 116 117 und 112.

→ Besonders wichtig ist die rasche und umfassende Einführung **Integrierter Notfallzentren (INZ)** an Krankenhäusern, deren Kernbestandteil ein **„Gemeinsamer Tresen“** ist. Die Zahl der INZ orientiert sich am medizinischen Bedarf und berücksichtigt zusätzlich die besonderen Herausforderungen in strukturschwachen ländlichen Regionen, damit die INZ flächendeckend verfügbar werden. Die Festlegung der Standorte erfolgt auf Basis bundeseinheitlicher Kriterien. Der Rettungsdienst wird über die bestehenden Regelungen zum Krankentransport hinaus im SGB V verankert. Dies sollte durch einheitliche Strukturen und Prozesse mit klar definierten Qualitätsstandards flankiert werden.

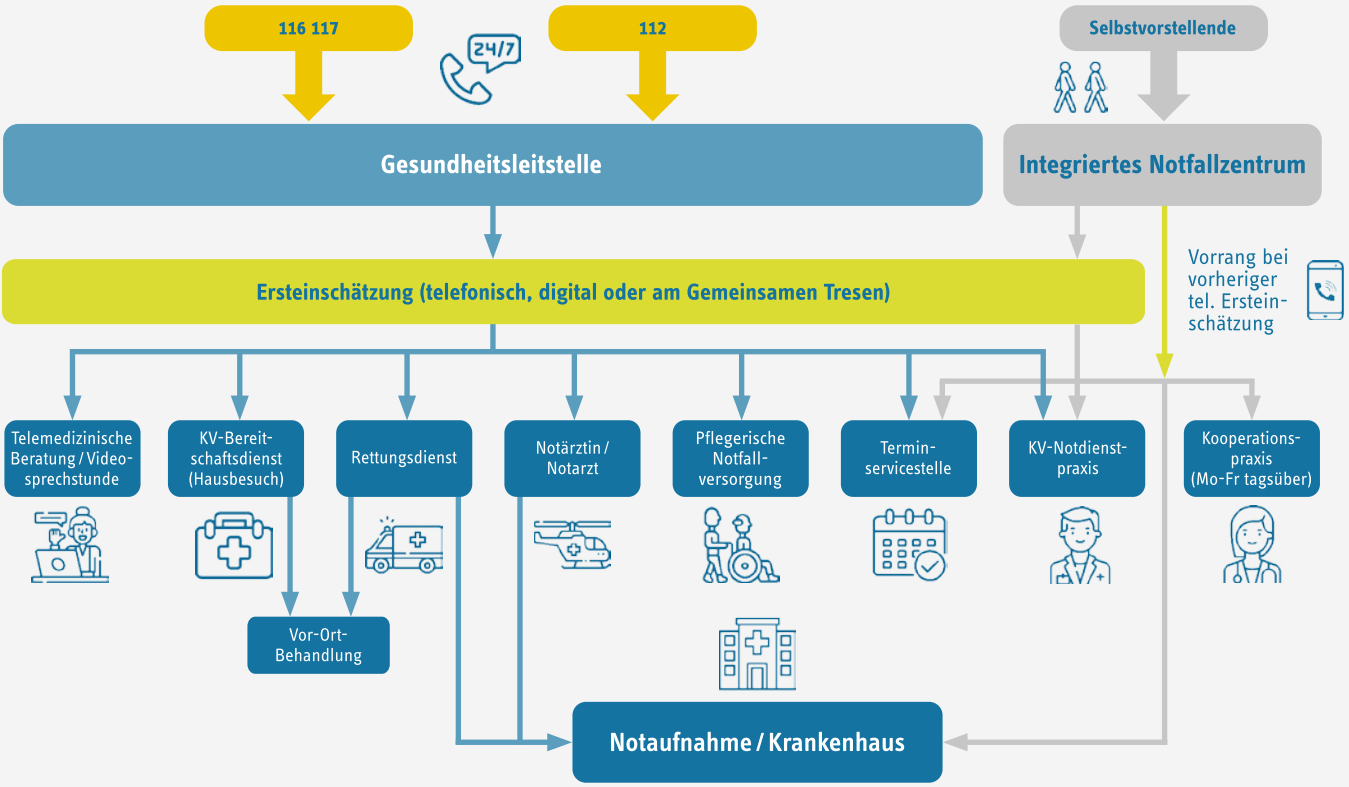
→ Die **Zahl der Rettungsleitstellen** wird deutlich reduziert. Die verbliebenen werden zu Gesundheitsleitstellen ausgebaut, die über erweiterte Kompetenzen verfügen. Diese Leitstellen koordinieren nicht nur den Rettungsdienst und die Notfallversorgung, sondern vermitteln bei Bedarf auch pflegerische oder psychosoziale Unterstützung. Vorbilder für solche Systeme gibt es etwa in Dänemark, den Niederlanden und Teilen Österreichs.

→ Im Rahmen der gesetzlichen Neuregelung der Notfallversorgung müssen die **Länder stärker in die Pflicht genommen werden**. Sie müssen entsprechend der föderalen Aufgabenteilung die Kosten für Vorhaltung und Investitionen des Rettungsdienstes verbindlich tragen.

IM DETAIL

„Gemeinsamer Tresen“
Wichtigstes Ziel ist es, Versicherte in die für sie angemessene Versorgungsebene zu steuern, wenn sie sich in einer tatsächlichen – oder subjektiv empfundenen – Notfallsituation befinden. Denn nur so kann sichergestellt werden, dass echte Notfälle schnell behandelt und gleichzeitig Menschen mit leichten Erkrankungen in der für sie bedarfsgerechten Versorgungsstruktur behandelt werden. Dafür werden INZ benötigt, die die Notaufnahme des Krankenhauses und die Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) an einem Ort bündeln. Im INZ wird an einem „Gemeinsamen Tresen“ mittels Ersteinschätzung festgelegt, welche Versorgungsebene am besten geeignet ist. Im Idealfall sollte die Ersteinschätzung jedoch bereits vorab per Telefon, Video oder App erfolgen. Daher werden Hilfesuchende, die das INZ nach einer vorherigen Ersteinschätzung aufsuchen, dort bei gleicher Behandlungsdringlichkeit grundsätzlich vorrangig behandelt.

Versorgungspfade der künftigen Notfallversorgung mit genereller Ersteinschätzung



Für die INZ sollen die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene Kriterien und Standorte festlegen. Die Öffnungszeiten sollen in der Regel bundesweit einheitlich sein. Mindestens an Wochenenden und Feiertagen sowie an Wochentagen abends steuert das INZ Patient:innen je nach Ergebnis der Ersteinschätzung in die KV-Notdienstpraxis oder in die Notaufnahme. Zu regulären vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten erfolgt die Versorgung in einer nahen Kooperationspraxis oder in der Notaufnahme. Wird im Rahmen der Ersteinschätzung kein Notfall festgestellt, wird der bzw. dem Versicherten ein Termin in die vertragsärztliche Versorgung vermittelt, um die bedarfsgerechte Versorgung zu erhalten.

Aufbau von Gesundheitsleitstellen
Wichtig ist auch der Aufbau von Gesundheitsleitstellen, die unter den Nummern 116 117 und 112 schneller erreichbar sein sollen und im Zuge einer standardisierten Ersteinschätzung als Weichensteller insbesondere zwischen Notfall- und vertragsärztlicher Versorgung fungieren. Dabei darf die Einrichtung der gemeinsamen Gesundheitsleitstelle nicht im Ermessen der Träger liegen. Sie muss seitens des Gesetzgebers verpflichtend für alle Beteiligten vorgegeben werden. Im besten Fall können dort medizinische Fragestellungen abschließend geklärt werden, ohne dass der Weg zum INZ nötig wird. Im Hintergrund müssen die KVen ein Angebot bereithalten, über das Ärztinnen und Ärzte im Bedarfsfall per Telefon und Video rund um die Uhr erreichbar sind.

Rettungsdienst umfassend ins SGB V überführen
Der Rettungsdienst muss als elementarer Bestandteil der Notfallversorgungskette integriert und nicht mehr nur als reine Fahrleistung betrachtet werden. Deshalb muss die Vor-Ort-Versorgung unabhängig von der Fahrleistung vergütet werden. Um einen ressourcenschonenderen Einsatz von Personal und Finanzmitteln zu erreichen, müssen bundeseinheitlich verbindliche Qualitätsstandards und Versorgungspfade definiert sowie Transparenz über die tatsächlichen Kosten hergestellt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sollte gesetzlich beauftragt werden, eine Richtlinie zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung zu entwickeln, die Notfallmanagement, -behandlung und -transport einschließt. Dabei sollte zwingend vorgegeben werden, dass unterschiedliche Softwaresysteme der Beteiligten Interoperabilitätsstandards erfüllen müssen, um Daten strukturiert austauschen zu können. Die Anforderungen sollten für alle Beteiligten – auch für Kommunen und Länder als Träger des Rettungsdienstes – verpflichtend gesetzt werden.

IMPRESSUM

Herausgeber: *Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) • Askanischer Platz 1 • 10963 Berlin • 0 30 / 2 69 31 - 0 • vdek.com*
Layout: *Schön und Middelhaufe GbR • s-und-m.de*

Illustrationen: *S. 1: fStop-stock.adobe.com; S. 3, 4: Banko-stock.adobe.com*
Icons Infografik S. 2: *flaticon (kerismaker, AbtoCreative, Freepik, srip, konkapp, nawicon, Qonita)*

Erscheinungsdatum: *September 2025*