

# Konzept einer bundeseinheitlichen klinischen und ambulanten Notfallversorgung



*Das Bündnis Klinikrettung entstand im Jahr 2020 auf Initiative von Krankenhausbeschäftigten und aktiven Bürger:innen aus ganz Deutschland. 20 Vereine und Initiativen versammeln sich unter seinem Dach. Das Bündnis Klinikrettung klärt über die verheerenden Folgen des Krankenhauskahlschlags auf, der im Zuge der Krankenhausreform noch intensiviert werden soll. Es setzt sich für eine flächendeckende, bedarfsgerechte medizinische Versorgung sowohl in den Städten als auch auf dem Land ein, sowie für Versorgungskapazitäten, die auch im Katastrophenfall ausreichen.*

Mit dem Konzept einer bundeseinheitlichen klinischen und ambulanten Notfallversorgung reagiert das Bündnis Klinikrettung auf das Vorhaben der Bundesregierung, die Notfallversorgung zu reformieren (Entwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung, Drucksache 20/13166).<sup>1</sup> Im Konzept fasst das Bündnis Klinikrettung die wichtigsten Probleme der Notfallversorgung zusammen und macht Alternativvorschläge zum Konzept der Bundesregierung.

## Ausgangslage

### Die drei Formen der Notfallversorgung und ihre Probleme

#### 1. Allgemeine stationäre Notfallversorgung

Im Jahr 2023 boten 40 Prozent aller Krankenhausstandorte eine allgemeine stationäre Notfallversorgung an. Auffällig ist die geringe Beteiligung privater Häuser (23 Prozent).<sup>2</sup> Zu den Angeboten zählen Zentrale Notaufnahmen (ZNA) im Rund-um-die-Uhr-Betrieb (24/7). Dafür müssen eine fachärztliche Betreuung zumindest in den Bereichen Chirurgie und Innere Medizin sowie pflegerische Fachkräfte und entsprechende Geräte vorgehalten werden. Viele Häuser haben auch Notaufnahmen einzelner Fachabteilungen – besonders wichtig ist das in den Bereichen Pädiatrie und Innere Medizin. Aufgrund der Klinik- und Abteilungsschließungen der letzten Jahre gingen viele Notaufnahmen verloren. Aktuell übernehmen 484 stärker spezialisierte Häuser höhere Stufen der Notversorgung (Notfallstufen II und III), 625 Häuser bieten Basisnotfallversorgung (Stufe I).<sup>3</sup> Von letzteren soll ein noch nicht näher ausgewiesener Teil nach aktuellen Planungen in Zukunft die Basisnotfallversorgung verlieren. Nur in Gebieten, in denen ansonsten keine 30-Minuten-Erreichbarkeit mehr gewährleistet ist, soll noch Basisnotfallversorgung fortbestehen.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> <https://dserver.bundestag.de/btd/20/131/2013166.pdf>

<sup>2</sup> DeStatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Fach 23111-44, Teilnahme an der allgemeinen stationären Notfallversorgung, [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611237005.xlsx?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611237005.xlsx?__blob=publicationFile)

<sup>3</sup> DeStatis, ebenda

<sup>4</sup> Bundestag, Parlament debattiert Pläne zur Reform der Notfallversorgung, NotfallkG, <https://dserver.bundestag.de/btd/20/131/2013166.pdf>

**Konstruktionsmängel:** Die ambulante Versorgung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser ist im DRG-Fallpauschalensystem (DRG – Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppen) unterfinanziert. Zwischen 35 und 45 Euro übernehmen die Krankenkassen für eine nicht-stationäre Behandlung im Krankenhaus. Vor der Inflation fielen jedoch schon durchschnittlich 135 Euro für die Vorhaltung der entsprechenden Leistungen im Krankenhaus an.<sup>5</sup> Daher gibt es in diesem Bereich eine erhebliche Personalknappheit. Am Pflegepersonal wird gespart, häufig werden Ärzt:innen mit geringer Berufs- oder Fachenerfahrung eingesetzt, und das Personal fluktuiert. Es ist vorgegeben, dass alle Krankenhäuser der Notfallversorgung – je nach Notfallstufe – mindestens einen Arzt/eine Ärztin mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ und eine Pflegekraft mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ vorhalten müssen. Auch eine Intensivstation mit detaillierten Strukturanforderungen ist zwingend vorgesehen. Das Fachpersonal in der stationären und (s. u.) ambulanten Versorgung sowie bei den Rettungsdiensten muss regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teilnehmen.<sup>6</sup> Aus der Personalknappheit resultieren jedoch Qualifikationsprobleme, so werden Assistenzärzt:innen auf den Notaufnahme-Stationen häufig allein gelassen, statt an der Seite von Fachärzt:innen zu arbeiten. Die Notwendigkeit einer generellen Finanzierung der Vorhalteanforderung wird im Bereich Pädiatrie besonders offenkundig. Da die Notfallversorgung in der Pädiatrie schwerpunktmäßig an die akuten Infektionswellen gekoppelt ist und zwischendurch Leerlauf bestehen kann, ist die jetzige, anhand von statistischen Durchschnittswerten kalkulierte Vergütung unzureichend – die Schließungen pädiatrischer Einrichtungen dokumentieren dies.

**Laufende Problematik:** Aufgrund der ausgedünnten Kapazitäten sowohl der stationären als auch der ambulanten Versorgung stehen Patient:innen, die in ambulanten Strukturen keine Hilfe bekommen und ins Krankenhaus gehen, in Konkurrenz zu schwerwiegenderen Fällen, die auf jeden Fall stationärer Notfallversorgung bedürfen. Daraus wird das Narrativ entwickelt, dass viele Patient:innen unnötig ins Krankenhaus gehen und die Notaufnahmen überfordern. Viel mehr ist es so, dass die Ausdünnung der flächendeckenden Versorgung zur Überforderung der Notfalleinrichtungen und zur Unterversorgung von allen Patient:innen führt. Hinzu kommt, dass Menschen, die aufgrund einer Suchterkrankung oder aufgrund anderer psychischer oder sozialer Probleme akut Hilfe benötigen, in die Notaufnahmen gebracht werden, weil die sonst zuständigen Stellen überfüllt, unterfinanziert oder abgebaut sind. So muss die Ausdünnung der anderen sozialen- und Gesundheitsdienste von den Notaufnahmen aufgefangen werden.

## 2. Ambulanter Bereitschaftsdienst

Im ambulanten Bereich hält die Kassenärztliche Vereinigung (KV) bundesweit Bereitschaftsdienste außerhalb der normalen Praxiszeiten bereit – also abends und im Idealfall nachts und an Wochenenden. Häufig gibt es hierfür Bereitschaftspraxen. Zu den Diensten sind Kassenärzt:innen und Angestellte von Medizinischen Versorgungszentren verpflichtet, nicht jedoch Privat-Ärzt:innen. Notfallbehandlung ist Teil der verpflichtenden Fortbildungen. In etlichen Bereitschaftspraxen sind auch Durchgangs- (oder H-) Ärzt:innen mit festen Dienstzeiten tätig. Laut Regierungskommission ging die Zahl der Hilfesuchenden, die vom KV-Bereitschaftsdienst behandelt wurden, zwischen 2009 und 2019 um 12 Prozent zurück,

<sup>5</sup> Quelle für Fußnote: <https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/in-hamburg-zeigt-sich-wie-die-notfallversorgung-besser-laeuft-50335>

<sup>6</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss, Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2340/Not-Kra-R\\_2020-11-20\\_iK-2020-11-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2340/Not-Kra-R_2020-11-20_iK-2020-11-01.pdf)

während die Gesamtzahl der Notfallpatient:innen an Krankenhäusern um 12 Prozent angestiegen ist.<sup>7</sup>

**Konstruktionsmängel:** Es gibt einen Ärztemangel in ambulanten Allgemein- und Facharztpraxen sowie in ambulanten Bereitschaftsdiensten, besonders in ländlich-kleinstädtischen Gebieten. Gerade dort sind die Fahrzeiten für Betroffene und für Notärzt:innen vergleichsweise lang. In wenigen Bundesländern sind Bereitschaftspraxen verpflichtend bei Krankenhäusern angesiedelt, in den anderen sind klinische Notaufnahmen und ambulante Bereitschaftspraxen sektoral getrennt und dadurch geringer koordiniert.

**Laufende Problematik:** Der Ärztemangel und damit die Überlastung ländlicher Kassen-Praxen verschärft sich seit vielen Jahren. Das Modell privater Praxen, welche die ambulante Versorgung großer Landstriche alleine verantworten, ist für viele junge Ärzt:innen nicht mehr attraktiv. Auch die Klinikschließungen und die damit wegfallenden Ausbildungsmöglichkeiten tragen dazu bei, dass die ambulante Versorgung, vor allem mit Fachpraxen, fortwährend ausgedünnt wird. Besonders vergrößern sich dadurch die Lücken der KV-Bereitschaftsdienste nachts und an Wochenenden. Damit verlängern sich die Fahrzeiten, und die Kosten steigen entsprechend. Der telefonische Notruf funktioniert häufig schlecht. Die meisten Patient:innen sind medizinische Laien und oft mit der Einschätzung überfordert, ob ihre Erkrankung bzw. Verletzung einer klinischen oder ambulanten Behandlung bedarf. Im Zweifelsfall machen sie sich lieber selbst auf den Weg und wählen dann meist die Krankenhaus-Notaufnahme als sichere Behandlungsvariante.

### 3. Rettungsdienste

Rettungsdienste bieten Fahrzeuge (seltener auch Hubschrauber) mit qualifizierten Sanitäter:innen, die über eine Rettungsleitstelle je nach Kapazitäten klinische Notaufnahmen, manchmal auch Bereitschaftspraxen anfahren. Ihre Vorgaben, zum Beispiel hinsichtlich des Standorts und der maximalen Wegezeiten, sind je nach Bundesland sehr unterschiedlich. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine bundesweit gültige Richtlinie zur gestuften Notfallversorgung erlassen, aber auch sie kann aufgrund von Engpässen immer wieder nicht eingehalten werden.<sup>8</sup>

**Laufende Problematik:** Der gewachsene Fachkräftemangel macht sich auch bei den Rettungsdiensten bemerkbar. Die Fahrkosten haben sich deutlich erhöht (von 2018 bis 2022 um 41 Prozent auf fast 10 Prozent der Kassenausgaben<sup>9</sup>), ebenso ist der Arbeitsdruck gestiegen. Ein wesentlicher Grund dafür sind Schließungen von Kliniken mit Notaufnahmen. Hinzu kommt, dass Krankenhäuser, die aufgrund von Erkrankungen, Urlaub und anderen Gründen die Anforderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) für mindestens vorzuhaltendes Pflegepersonal temporär nicht erfüllen, sich zeitweise von der

<sup>7</sup> Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. „Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland. Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen“, S. 5.

<sup>8</sup> §9: „Es ist jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.“ §12: „Alle Notfallpatienten des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.“ Dazu die ZDF-Doku „Kahlschlag bei Kliniken. Angst vor fehlender Notfallversorgung“, <https://www.zdf.de/politik/frontal/kahlschlag-in-kliniken-notfallversorgung-krankenhaus-finanzierung-lauterbach-100.html>

<sup>9</sup> Bundesgesundheitsministerium, Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung, S. 6. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG\\_Stellungnahme\\_9\\_Rettungsdienst\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_9_Rettungsdienst_bf.pdf)

Notfallversorgung abmelden.<sup>10</sup>

**Probleme der Koordination: Unterschiedliche Trägerschaften und die in vielen Bundesländern bestehende örtliche Trennung von ambulanten Bereitschaftsdiensten und stationärer Notaufnahme erschweren die Zusammenarbeit.**

Ambulante Bereitschaftsdienste sind personell beschränkt, bei Überlastung können sie nur auf klinische Notaufnahmen verweisen, welche jede:n Patient:in aufnehmen müssen.

Der medizinische Notruf ist unterbesetzt und funktioniert schlecht, Rettungsdienste müssen weit fahren und oft mehrere Standorte aufsuchen. Dieses Problem wird noch dadurch verstärkt, dass sich viele klinische Notaufnahmen aufgrund des Personalmangels und teilweise auch wegen Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenze temporär von der klinischen Notaufnahme abmelden.<sup>11</sup>

Angesichts dieser Gemengelage wird die im Entwurf für ein Notfallversorgungsgesetz angedachte zentrale Verteilungsinstanz nur begrenzt helfen, wenn die Kapazitäten nicht überall aufgestockt werden.

## **Die Mängel des Entwurfs für ein Notfallversorgungsgesetz und Alternativvorschläge**

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hat in seiner 4. Stellungnahme zur Lösung des Problems der Notfallversorgung vorgeschlagen, die ambulante und die stationäre Versorgung über Integrierte Notfallzentren (INZ) zu koppeln und an den Krankenhäusern mit zentralen Notaufnahmen anzusiedeln.<sup>12</sup> Dieser Vorschlag wurde im Gesetzesentwurf für eine Reform der Notfallversorgung übernommen. Laut diesem Entwurf sollen die INZ auch KV-Bereitschaftspraxen vorhalten, welche die klinische Infrastruktur nutzen. Die INZ sollen als Erst-Anlaufstelle mit (mindestens) einer ärztlichen und einer pflegerischen Kraft und mit telemedizinischer Ausstattung funktionieren. Die telefonische Erreichbarkeit ist nach Ansicht der Kommission miserabel und muss grundlegend verbessert werden. **Allerdings sind diese Vorschläge nur für die 484 höher spezialisierten Häuser und eine beschränkte Zahl von Häusern mit Basisnotfallversorgung (Stufe I) vorgesehen – was de facto eine systematische Ausdünnung der Notfallversorgung bedeutet.**

### **Die im Gesetzesvorschlag offen gebliebene Probleme:**

- Bei der Einteilung der Patient:innen zur ambulanten oder stationären Versorgung spielen Fragen der Kompetenz und der Haftung die wichtigste Rolle. In der zentralen Ersteinschätzungsstelle muss das dafür qualifizierte Personal diese Entscheidung treffen. Daher bedarf es einer Regelung, wer die Haftung dafür übernimmt.
- Ein vereinfachter und koordinierter Zugang der Patient:innen zu den Notaufnahmen, wie ihn die Regierungskommission vorschlägt, mindert die Überlastung und Defizite der

<sup>10</sup> Ärzteblatt, Zuweisungen von Notfallpatienten an abgemeldete Krankenhäuser (Akutbelegung), [https://www.aerzteblatt.de/archiv/214555/Zuweisungen-von-Notfallpatienten-an-abgemeldete-Krankenhaeuser-\(Akutbelegung\)](https://www.aerzteblatt.de/archiv/214555/Zuweisungen-von-Notfallpatienten-an-abgemeldete-Krankenhaeuser-(Akutbelegung))

<sup>11</sup> Ärzteblatt, ebenda

<sup>12</sup> Bundesgesundheitsministerium, Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Reform der Notfall- und Akutversorgung: Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte\\_Stellungnahme\\_Regierungskommission\\_Notfall\\_ILS\\_und\\_INZ.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf)

Notaufnahmen, aber beseitigt die strukturellen Probleme nicht. Auch die Lücken bei Notfalleinsätzen und -praxen verschwinden damit nicht. Die Regierungskommission benennt zwar die Ursachen für beides: Die Vorhaltung von ambulanten Notaufnahmen im Krankenhaus ist im Fallpauschalensystem nicht vorgesehen; Auch die Vorhaltung von Notfallpraxen ist im Abrechnungssystem niedergelassener Ärzt:innen nicht vorgesehen. Aber es wird keine grundlegende Revision vorgeschlagen, obwohl nur eine solche für Abhilfe sorgen könnte.

- Um Qualifikationsdefizite zu beheben, wird im Konzept der Regierungskommission eine Facharztausbildung „Notfallmedizin“ vorgeschlagen; bisher ist dies allerdings am Widerstand der KV gescheitert.
- Nirgendwo werden die fortlaufenden Schließungen kleiner Kliniken mit Notaufnahme als Grund für die zunehmende Belastung der Rettungsdienste erwähnt. Sie werden auch nicht als Ursache für die gewachsene Verwirrung der Betroffenen über Zugangsmöglichkeiten im Notfall benannt. Das vorgeschlagene Notversorgungskonzept zu realisieren dauert Jahre – bis dahin müssten in ländlichen Gebieten Notaufnahmeschließungen und Beschränkungen der ambulanten Notversorgung unterbunden werden. Sicher ist, dass Klinikschließungen die Lage verschlimmern.

## **Das Konzept der Notfallversorgung vom Bündnis Klinikrettung**

Um die Notfallversorgung flächendeckend zu gewährleisten, schlägt das Bündnis Klinikrettung folgende Änderungen am Gesetzesentwurf vor:

Angesichts der bereits jetzt vorherrschenden Unterversorgung im Notfall ist es notwendig, derartige **INZ in allen Krankenhäusern mit Notaufnahmen, auch in denen der Basisnotfallversorgung einzurichten**, um ein weitgehend flächendeckendes Versorgungsnetz mit Notaufnahmen binnen 30 Fahrzeitminuten zu gewährleisten. Für telefonisch gemeldete Notfälle dient die **Rettungsleitstelle** als der erste Anlaufpunkt. Für persönlich eintreffende PatientInnen ist der erste Anlaufpunkt die **zentrale Ersteinschätzungsstelle** an jedem Krankenhaus mit Notfallstufe I (Basisnotfallversorgung), Notfallstufe II (Erweiterte Notfallversorgung) oder Notfallstufe III (Umfassende Notfallversorgung). Die Ersteinschätzung für Notfälle wird über medizinische Behandlungspfade weitgehend standardisiert. Erleidet jemand einen medizinischen Notfall, so ist diese Person von der Entscheidung entlastet, wer für sie der richtige Ansprechpartner ist. Und wenn die Patient:innen ins Krankenhaus kommen, übernimmt das Krankenhaus die Einordnung zur klinischen oder ambulanten Behandlung (Abb. 1).

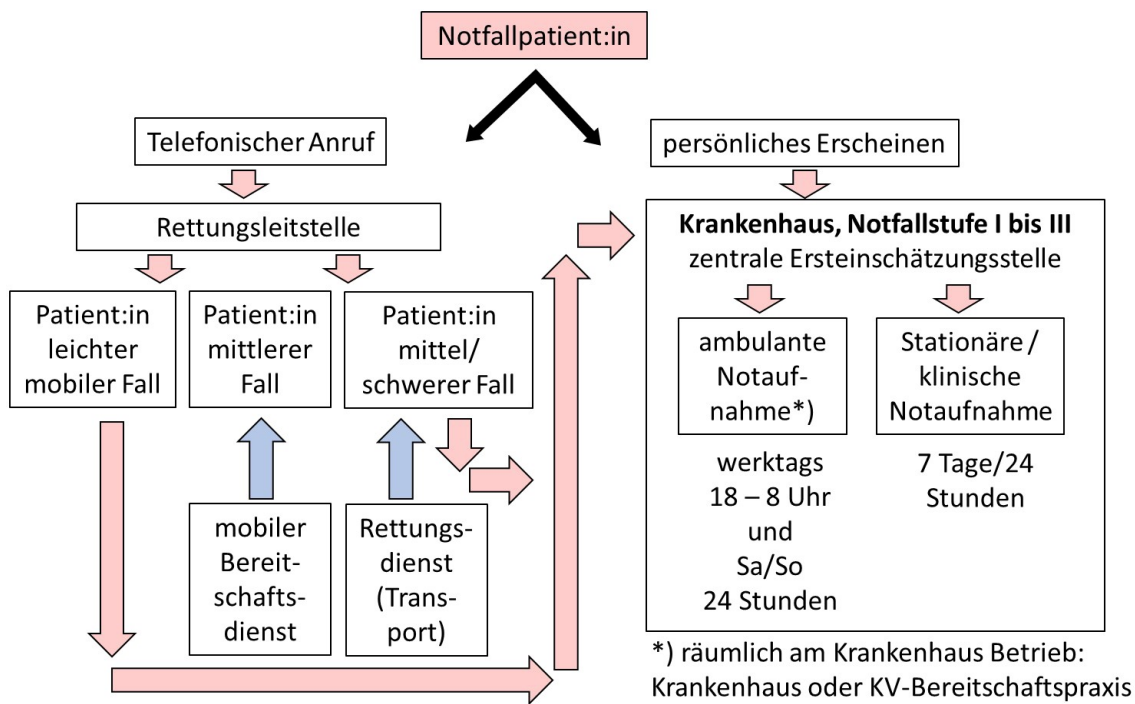


Abb. 1: Darstellung zum Ablauf der integrierten Notfallversorgung, Konzept vom Bündnis Klinikrettung

Die **Konzentration der ambulanten und klinischen Notfallversorgung** außerhalb der Öffnungszeiten ambulanter Arztpraxen an Krankenhäusern hat folgende Vorteile:

- Entlastung der Patient:innen von der Entscheidung der korrekten Ansprechperson
- Gemeinsame Nutzung diagnostischer und therapeutischer Geräte
- Organisation der Notfallversorgung an einem Ort aus einer Hand
- Entlastung der überforderten klinischen Notaufnahme
- Eine Abrechnungsstelle gegenüber den Krankenkassen

Sollte ein Krankenhaus der Notfallstufe I bis III nicht über ärztliches und medizinisches Fachpersonal für die ambulante Notaufnahme verfügen, kann das Krankenhaus eventuell mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Übernahme durch ambulante Bereitschaftsärzte vereinbaren. Im Zweifelsfall entscheidet in Abwägung von Behandlungsbedarf und verfügbarem Fachpersonal die jeweilige Landesregierung.

Aufgrund des Personalmangels ist es gängige Praxis, dass die Notaufnahmen und die Stationen in den Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung nur mit Assistenzärzt:innen besetzt sind und die Fachärzt:innen bei Bedarf aus dem Hintergrunddienst dazu gerufen werden. Die gleiche Situation ist für die ambulanten Notaufnahmen unter der Leitung eines Krankenhauses erwartbar. Die Assistenzärzt:innen benötigen aber in jedem Fall eine verfügbare und ansprechbare fachärztliche Unterstützung durch einen Facharzt aus der klinischen Notaufnahme.

Mindeststandards für die gestufte klinische Notfallversorgung hat der Gemeinsame Bundesausschuss schon vor Jahren vorgegeben. Mindeststandards für die ambulante Notfallversorgung legen die Bundesländer fest. Die aktuelle Reform gibt vor, die Standards zu verschärfen, was zu Schließungen von Abteilungen und ganzer Standorte führen wird. Manche Bundesländer haben im Zuge der Reformdebatte deswegen mehr „Beinfreiheit“ gefordert – ohne Erfolg. Deswegen bleibt die Forderung weiterhin wichtig: Sofern nicht 95 Prozent aller Einwohner:innen einer Region eine kombinierte klinische und ambulante Notfallversorgung

binnen 30 Fahrzeitminuten erreichen, muss das betreffende Bundesland die Standards der klinischen Notfallversorgung relativieren können. Außerdem müssen die Länder jeder kombinierten klinischen und ambulanten Notfallversorgung eine zuständige Integrierte Leitstelle, einen zuständigen Rettungsdienst und einen zuständigen mobilen ambulanten Bereitschaftsdienst zuordnen.

**Länderkompetenz:** Zur Vereinfachung der Abläufe und zur verbesserten Koordination treten bisherige Kompetenzen der Kassenärztlichen Vereinigung bei Notfällen hinter die der Länder als Planungsbehörde für die Krankenhäuser zurück. Priorität hat die Notfallversorgung lebensbedrohlicher Erkrankungen und Verletzungen, die teilweise erst bei einer ambulanten Notaufnahme kurzfristig erkannt werden.

**Finanzierung:** Für die klinische und die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus soll das Finanzierungsmodell „Selbstkostendeckung der Krankenhäuser“ eingeführt werden, das vom Bündnis Klinikrettung erarbeitet wurde. Aus geprüften und bewilligten Vorjahreskosten werden – ergänzt um eine prognostizierte Jahressteigerung – monatliche Abschlagszahlungen generiert. Sie werden am Jahresende gegen die tatsächlich entstandenen Kosten ausgeglichen.<sup>13</sup>

**Anmerkung:** In vielen ländlich-kleinstädtischen Gebieten ist Notfallversorgung besonders problematisch, da hier Ärztemangel in Praxen mit einer schwachen Personaldecke und knapper Infrastruktur in den notwendigen Fächern Chirurgie und Innere Medizin zusammentreffen.<sup>14</sup> Laut Regierungskommission treten in ganz Deutschland 50 bis 55 Gebiete mit je mehr als 400 Quadratkilometern (20 km-Umkreis) hervor, deren klinische Notversorgung von ein, in großen Gebieten auch gegebenenfalls zwei bis drei Krankenhäusern der Stufe 1, („Basis“, manchmal auch Stufe 2) abhängt. Das sind überwiegend kleine Häuser, häufig personell und infrastrukturell unterausgestattet.<sup>15</sup> In etlichen Gebieten liegen die nächsten Krankenhäuser mit Notaufnahmen in Kfz-Fahrdistanzen von mehr als 40 Kilometern. Die sogenannten Qualitätsvorschriften und strikte Notfallversorgungsvorgaben<sup>16</sup>, die mehr von Kontrollinteressen der Ministerien und Krankenkassen und kaum von Gesichtspunkten der Betroffenen diktiert sind, helfen hier nicht. Das Ausschließen dieser Kliniken von der Notfallversorgung und deren komplette Schließungen wären existenzbedrohend für zeitkritische Fälle wie Schwerverletzte und -erkrankte sowie Geburten. In solchen Fällen sind flexible Lösungen sinnvoll, zum Beispiel eine klare Aufgabentrennung zwischen einfacheren Behandlungen und Erstversorgung durch kleinere Häuser und komplexe Behandlungen durch größere Kliniken, und eine enge Kooperation mit den größeren Häusern, die hauptsächlich schwierige Fälle übernehmen. Aufgrund des Personalmangels in Folge der Fallpauschalenfinanzierung arbeiten insbesondere Nachts und an Wochenenden lediglich Assistenzärzt:innen in den Basisnotfallversorgungskrankenhäusern. In einer solchen Situation ist weder das Recht der Assistenzärzt:innen auf die Weiterbildung noch das Recht der Patient:innen auf eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet. Deswegen ist es

13 Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser, [https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10\\_Studie\\_Selbstkostendeckung\\_Buendnis\\_Klinikrettung.pdf](https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10_Studie_Selbstkostendeckung_Buendnis_Klinikrettung.pdf)

14 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Krankenhaus Mainburg, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/kliniken-in-not/geplante-klinikschlie%C3%9Fungen/mainburg/>, Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Krankenhaus Oberviechtach, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/kliniken-in-not/bedrohung/oberviechtach/>

15 Karagiannidis, C.; Busse, R.; Augurzyk, B.: Sicherung der stationären Gesundheitsversorgung 2030. In: Dt. Ärzteblatt Jg. 120, H. 15, 14. April 2023, A 645 - <https://www.aerzteblatt.de/archiv/230687/Stationaere-Versorgung-Sicherung-der-stationaeren-Gesundheitsversorgung-2030>

16 Ebenda sowie: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/155806/Mehrheit-der-Kliniken-kann-Leistungsgruppen-nicht-erfuellen>

erforderlich, dass nur die Assistenzärzt:innen eingesetzt werden, die bereits Berufserfahrung haben und, dass die Fachärzt:innen in Rufbereitschaft erreichbar sind. Mittelfristig soll durch Maßnahmen wie Bürokratieabbau, bessere Arbeitsbedingungen und mehr Ausbildungsplätze dem Personalmangel entgegengewirkt werden. Eine reduzierte Infrastruktur (zum Beispiel vier statt sechs der vorgeschriebenen Intensivbetten) kann je nach Situation durchaus akzeptabel sein.

**Wichtigste Forderungen** des Bündnis Klinikrettung hinsichtlich des Gesetzesentwurfs der Bundesregierung:

- die zentrale Ersteinschätzungsstelle muss an jedem Krankenhaus der gestuften Notfallversorgung (auch Basisnotfallversorgung) eingerichtet werden
- bessere personelle Ausstattung aller Notfallversorgungseinrichtungen und des Rettungswesens, nicht nur die Umverteilung des Mangels
- Haftungsfrage für das Personal in den zentralen Ersteinschätzungsstellen klären

**Vorarbeit:** Wir verweisen auf die Kritik der Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern am aktuellen Entwurf des NotfallG. 17

## Impressum

Ausgabe vom: Februar/März 2025

Autor:innen: Klaus Emmerich, Dr. Rainer Neef, Laura Valentukeviciute

Texte: Bündnis Klinikrettung 2025 (CC BY-NC 4.0)

Gestaltung: Bündnis Klinikrettung 2025 (CC BY-NC 4.0)

Herausgegeben vom Bündnis Klinikrettung  
bei Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) e.V.

Weidenweg 37

10249 Berlin

[www.klinikrettung.de](http://www.klinikrettung.de)

---

17 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung – NotfallG, <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13320995799/Stellungnahme+zum+Referentenentwurf+des+Gesetzes+zur+Reform+der+Notfallversorgung+%E2%80%93+%28NotfallG%29.pdf?t=1734590890>