

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit und Pflege

63. Sitzung

5. Januar 2026

Beginn: 09.36 Uhr

Schluss: 12.42 Uhr

Vorsitz: Silke Gebel (GRÜNE)

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Siehe Beschlussprotokoll.

Punkt 1 der Tagesordnung

Aktuelle Viertelstunde

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 2 der Tagesordnung

Bericht aus der Senatsverwaltung

Siehe Inhaltsprotokoll.

Vorsitzende Silke Gebel: Wir kommen zu

Punkt 3 der Tagesordnung

- a) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0355](#)
Berliner Rettungsdienstnovelle und Reform der
Notfallversorgung auf Bundesebene – welche
Änderungen mit welchen Auswirkungen stehen bevor?
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD) GesPfl eg
- b) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0232](#)
Aktuelle Situation in den Berliner Rettungsstellen
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD) GesPfl eg
- c) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0240](#)
Übergriffe gegen Klinikpersonal in den Berliner
Krankenhäusern – aktueller Stand und Handlungsbedarf
(auf Antrag der AfD-Fraktion) GesPfl eg

Hierzu: Anhörung

Ich bedanke mich schon einmal dafür, dass Sie da sind und Ihre Geduld, wobei die Aktuelle Viertelstunde häufig so lange dauert. Ich begrüße noch einmal recht herzlich Herrn Marcus Ceglarek, er ist Stellvertretender Landesgeschäftsführer beim Landesverband Berlin des Deutschen Roten Kreuzes, Frau Katharina Pfeiffer, Pflegerische Leitung der Notaufnahme am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Herrn Dr. Burkhard Ruppert, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Herrn Marc Schreiner, Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft, und Frau Dr. Katja Constance Trommler, Leitende Ärztin der Rettungsstelle des UKB und Sprecherin der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V., Landesgruppe Berlin – DGINA –. Herzlich willkommen Ihnen allen und danke, dass Sie sich heute die Zeit nehmen! – Ich gehe davon aus, dass wir heute ein Wortprotokoll anfertigen. – Ich sehe Kopfnicken und bedanke mich auch schon einmal dafür. Ich frage, ob die CDU-Fraktion oder die SPD-Fraktion – ich sehe die CDU – den Besprechungspunkt zu TOP 3 a und b begründen möchte. – Herr Zander hat das Wort.

Christian Zander (CDU): Vielen Dank! – Wir haben die Berliner Rettungsdienstnovelle auf den Weg gebracht. Wir hatten im Dezember 2025 bereits die offizielle Anhörung im Innenausschuss. Es war vereinbart, dass wir das nur in einem Ausschuss machen, aber es ist in dieser Anhörung vornehmlich der Bereich Rettungsdienste im engeren Sinne zu Wort gekommen. Wir wollen es nicht missen, auch die davon weiterhin Betroffenen und involvierten Bereiche des Gesundheitssektors anzuhören, weil es ein ganz klares Zusammenspiel und auch Auswirkungen der beiden Sektoren gibt. Deshalb wollen wir heute von Ihnen erfahren, wie Sie den vorliegenden Entwurf bewerten, ob man da vielleicht noch an der einen oder anderen Stelle etwas optimieren sollte – dazu kommt, dass es inzwischen den Referentenentwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium zur Reform der Notfallversorgung gibt; man erwartet dem Vernehmen nach, dass es im Februar 2026 einen Kabinettsbeschluss geben könnte, aber man weiß im Grundsatz, worum es geht, da es im Wesentlichen unverändert ist, was schon

die Ampel-Regierung genannt hatte –, dass man sich rechtzeitig aufstellen kann, um darauf Einfluss zu nehmen, wie das Ganze auf Bundesebene ausgehen sollte, was Ihre Forderungen, Ihre Ansprüche, Ihre Kritikpunkte sind und was aus Ihrer Sicht lobenswert ist, damit wir hier mal zu einer Verbesserung der Lage kommen.

Ausgangspunkt war, dass es in den vergangenen Jahren stark ansteigende Fallzahlen bei den Rettungstransporten in die Rettungsstellen gab. Die Zahlen sind nicht mehr so stark angestiegen, haben sich aber auf diesem sehr hohen Niveau stabilisiert, womit man nicht zufrieden sein kann. Es geht um Fragen der Steuerung, es geht aber auch um das Zusammenspiel davon, aus welchen Gründen die Menschen in die Rettungsstelle gehen, wenn sie keinen Termin im ambulanten Gesundheitssektor finden. Deshalb würden wir heute gerne mit Ihnen dazu in den Austausch kommen. Wir hatten bereits 2024 zu dem Tagesordnungspunkt 3 b, aktuelle Situation in den Rettungsstellen, eine Anhörung, wo wir uns ausgetauscht haben. Wie schätzen Sie es ein? Hat sich die Lage dadurch stabilisiert, verändert? Was hat sich positiv verändert? Die Sache ist: Welche Hoffnung haben Sie für die Rettungsdienstnovelle, was die Arbeit für Sie künftig erleichtern könnte?

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Die AfD-Fraktion kann ihren Besprechungspunkt auch begründen. Herr Hansel hat das Wort.

Frank-Christian Hansel (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Das Thema Gewalt in Notaufnahmestellen ist präsent und auch komplex. Laut Charité gibt es eine Verdopplung der Einsätze von Sicherheitsdienst und Polizei in den letzten zehn Jahren. Das zeigen auch das Krankenhausbarometer und veröffentlichte Studien des Deutschen Krankenhaus Institut aus dem Jahr 2024. Die Senatsinnenverwaltung erwähnt die Zunahme der Polizeieinsätze in Krankenhaus und Rettungsstellen von 40 Prozent zwischen 2018 und 2023. 2023 gab es zum Beispiel 802 Fälle. 28 Prozent der Krankenhäuser setzen bereits einen Sicherheitsdienst ein, wobei es bisher keine Kostenübernahme durch den Senat gibt, der die Krankenhäuser nach wie vor unterfinanziert lässt.

Wir haben seit sechs Jahren unter anderem mit zwei Anfragen und einem Antrag zur besseren Ergründung und Befundung der stark zunehmenden Gewalt in medizinischen Einrichtungen hingewiesen. Die Ziele sind: bessere Datenerfassung, Entwicklungsbeurteilung, Beleuchtung der Dunkelziffer, Implementierung eines landesweiten einheitlichen Erfassungssystems und so weiter und so fort. Das ist zurzeit noch ungenügend. In Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg werden die Taten seit 2020 detailliert erfasst und erlauben eine bessere Beurteilung.

Unsere Fragen drehen sich um folgende Aspekte, die in diesem Kontext, den wir heute hier gemeinsam besprechen, angesprochen werden müssten: teilweise fehlende Integration eines Teils von Migrant*innen mit sehr hoher Erwartungshaltung, was Krankenhäuser betrifft, konkret auch Unkenntnis über unser Gesundheitssystem, das Kennen eines Krankenhauses als erste oder einzige verfügbare Anlaufstelle aus ihren Ursprungsländern und der Begleitung des Patienten mit vielen Angehörigen, die den Wartebereich zusätzlich überlasten, das ohnehin vorhandene Bereitschaft zur Aggression verstärkt und Personal in den Einrichtungen zusätzlich stresst, Nichtakzeptanz von Frauen insbesondere in leitender Funktion, Unverständnis gegenüber Triagierung in Notaufnahmen und zusätzlich noch den Komplexbereich drogenabhängige Patienten unter Alkoholeinfluss, psychisch Kranke, die allesamt statistisch unter spezifi-

schem Patientenklientel subsummiert sind. Gemäß einer Umfrage des Krankenhausbarometers 2025 macht alleine dieser Bereich 66 Prozent der Ursachen aus. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie in Ihren Stellungnahmen auch auf diesen Komplex Gewalt miteingehen. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Dann haben wir die Begründung der Besprechungspunkte vollumfänglich abgearbeitet. Wir kommen jetzt zur Anhörung. Ich würde das in alphabetischer Reihenfolge machen, außer Sie haben eine Anmerkung. Ich schaue ein bisschen auf die Uhr, damit wir das mit mehreren Fragen gut hinbekommen. An die Abgeordneten: Wir haben vereinbart, dass wir uns alle so drei Minuten geben und dass Sie selbst bei sich auf die Uhr schauen. Die Anzuhörenden haben ein bisschen mehr Zeit. – Herr Ceglarek hat das Wort.

Marcus Ceglarek (Landesverband Berliner Rotes Kreuz e.V.): Vielen Dank! – Auch von meiner Seite ein gutes neues Jahr für alle! Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Mitglieder des Ausschusses! Sehr geehrte Frau Senatorin! Sehr geehrte Frau Staatssekretärin! Vielen Dank für die Einladung an das DRK, zur Novelle des Rettungsdienstgesetzes auf Fragen zu antworten und zunächst mit einer kurzen mündlichen Stellungnahme zu beginnen! Meine Ausführungen würde ich auf den TOP 3 a fokussieren.

Kurz vielleicht zu mir als Person: Mein Name ist Marcus Ceglarek, seit dem 1. Oktober 2025 bin ich Stellvertretender Landesgeschäftsführer, die Funktion nennt sich auch Kaufmännischer Vorstand, des DRK Landesverbandes Berlin und auch in der Geschäftsführung unserer Rettungsdienstgesellschaft. Der Landesverband ist mit seiner hundertprozentigen Tochtergesellschaft der DRK Rettungsdienst Berlin gGmbH am Regelrettungsdienst der Berliner Feuerwehr beteiligt. Auf acht Feuerwachen sowie auf einem eigenen Standort in der Bundesallee, also mit insgesamt neun Einheiten, stehen wir 24/7 mit Fahrzeugen des RTW-Typs C, die jeweils mit Notfallsanitätern und Rettungssanitätern besetzt sind, zur Verfügung. Zusätzlich haben wir weitere RTW-B, einen ITW, also Fahrzeuge mit notärztlicher Besetzung, welche insbesondere für Notverlegungen herangezogen wird.

Im Jahr 2024 – die Statistiken für 2025 füllen sich gerade – haben wir rund 35 000 Einsätze abgearbeitet, davon rund 1 000 für den Intensivtransportwagen. Wir arbeiten damit im hoheitlichen Auftrag des Landes Berlin auf Basis der sogenannten Beleihung und rechnen unsere Dienstleistungen über Kostensatzvereinbarungen ab. Unsere Dienstleistungen sind dann, was den Abrechnungstatbestand betrifft, Fahrten. Da haben wir einen der ersten Problembereiche, die ich gerne ansprechen möchte. Wir halten Personal, Fahrzeugtechnik, administrative Backups für jeden Einsatz vor, Abrechenbar sind aber nur die erfolgten Patiententransporte. Wenn nun nach fachkundiger medizinischer Einschätzung, gegebenenfalls sogar gemeinsamer Einsatz mit Notärztinnen und Notärzten ein Patient nach Untersuchung und/oder Behandlung vor Ort verbleibt, oder möglicherweise sich vom Einsatzort nach eigenem Ermessen wieder entfernt, entsteht kein abrechenbarer Vorgang. Zusätzlich entstehen Herausforderungen in der Abrechnung bei der Versorgung von Patienten, die im Interesse der Daseinsvorsorge des Landes Berlins transportiert werden, aber auf Grund der fehlenden Krankenversicherung für uns nicht abrechenbar sind.

Im DRK Rettungsdienst betreiben wir gemeinsam über eine Vereinbarung mit den Kassen, der Berliner Feuerwehr und der Kassenärztlichen Vereinigung auch die Krankentransport-

vermittlungsleitstelle. Diese ist 24/7 besetzt und übernimmt die Vermittlungsleistung für Krankentransportaufträge, die von der Kassenärztlichen Vereinigung ausgelöst werden.

Darüber hinaus sind wir als DRK-Landesverband mit der Landeskatastrophenschutzschule und der Rettungsdienstschule aktiv. Wir schulen dort Mitarbeitende im Ehrenamt in Führungsfunktion, ergänzend zu den Kreisverbänden und bilden Rettungs- und Notfallsanitäter aus. Das machen wir für den eigenen Bedarf, aber auch für den Markt. 150 Rettungssanitäter pro Jahr absolvieren ihre Abschlussprüfung bei uns. Wir bilden damit auch Mitarbeitende der Berliner Polizei und des Flughafens aus. Wir haben derzeit rund 50 Auszubildende im Bereich der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter. Wir sind in diesem Zusammenhang auch ein wichtiger Partner für bundesweite Aktivitäten. Wir bilden zum Beispiel leitende Notärzte aus, die dann über bestimmte teilnehmende Strukturen bestimmter Angebote sogar aus bundesweiten Nachfragen zu uns kommen.

Darüber hinaus sind wir als Berliner Deutsches Rotes Kreuz ein wichtiger Partner des Landes Berlin bei der Wasserrettung. Ein Themenkomplex der aus unserer Sicht in der Rettungsdienstnovelle möglicherweise noch etwas unterrepräsentiert ist, insbesondere, wenn es auch um die Klarstellung der Finanzierung geht.

Sie fragten auch nach Trends auf der Bundesebene und was uns insgesamt umtreibt. Dem einen oder anderen ist unsere Struktur möglicherweise nicht komplett transparent. Gestatten Sie dazu vielleicht zwei Sätze: Das DRK ist die nationale Gesellschaft des insgesamt internationalen Roten Kreuzes und freiwillige Hilfsorganisation der deutschen Behörden im humanitären Bereich. Wir haben eine besondere Stellung als nationale Hilfsorganisation, die dem DRK übertragenen Aufgaben entsprechend dem Abkommen als Vertragsstaat der Bundesrepublik Deutschland aus dem Genfer Abkommen. Dies manifestiert sich im DRK-Gesetz, was die Beziehung zwischen Staat, Behörden und der Bewältigung von Krisen und Katastrophen für uns als DRK als auch als DRK-Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege besonders regelt. Als Mitgliedsverbände und somit wir in Berlin nehmen als DRK diese Aufgabe dann entsprechen der nationalen und kommunalen Regelung im Rahmen des Zivil- und Katastrophenschutzes auf unseren regionalen Ebenen wahr, für sanitätsdienstliche, betreuungsdienstliche Aktivitäten, und sind in diesem Zusammenhang – wir merken es gerade wieder in diesen Tagen – auch eine besondere Ressourcen für die Bewältigung von Notfallereignissen, gerade wenn es unterhalb der Katastrophenschwelle ist. Wir haben insgesamt – vielleicht mal einen Blick auf den Bund – so viel Rettungsdienst im Einsatz und so viel Erfahrung, dass wir pro Tag circa 20 000 Einsätze bewältigen können.

Auf Bundesebene ist zu begrüßen, dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung die Neuordnung aufgegriffen und umgesetzt werden soll. Dabei muss man aber beachten, dass die Reform bewährte Strukturen nicht schwächen, sondern stärken und gezielt vernetzen muss. Es ist unabdingbar, dass ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt wird, der die Patienten in den Mittelpunkt stellt und verschiedene Bereiche der Notfallversorgung inklusive der Notaufnahmen gemeinsam betrachtet. Es muss sichergestellt werden, dass die Ausstattung und Struktur der außerklinischen Notfallversorgung nach den operativen Bedarfslisten und Erfordernissen erfolgt. Zu begrüßen ist insgesamt, dass es eine bessere digitale und telemedizinische Vernetzung geben soll.

Ebenfalls begrüßen wir als DRK ausdrücklich die im Referentenentwurf angelegte weitere Zuständigkeit der Länder für den Rettungsdienst. Der Rettungsdienst unterliegt der Regelungskompetenz der Länder. Traditionell bedingt ist es aber auch im föderalen System unterschiedlich geregelt, woraus sich die üblichen Herausforderungen ergeben. Bei sich aus Bundes- und Landesregelung jetzt ein bisschen asynchron ergebende Gesetzgebungsprozesse ist besonders zu beobachten, welche finanziellen Folgen sich daraus ergeben, die es zu synchronisieren gilt.

Als Rettungsdienst sind wir Teil der Notfallversorgung und nehmen Teile der öffentlichen Aufgabe Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr wahr. Über die inuvalmedizinische [phonet.] Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten hinaus ist der Rettungsdienst aber auch integraler Bestandteil der Gefahrenabwehr und das Bindeglied zum überwiegend ehrenamtlich getragenen gesundheitlichen Bevölkerungsschutz bei niedrigrschwelligem Schadenslagen bis hin zum Katastrophen- und Zivilschutz. Heute ist wieder ein berühmtes Beispiel dafür.

Dabei bildet der Rettungsdienst der anerkannten Hilfsorganisationen, ich würde mal die partnerschaftlichen Gesellschaften, die an der Seite des DRK ebenfalls aktiv sind, mit einbinden, die medizinische Brücke zwischen Gefahrenabwehr und Gesundheitswesen. Das stärkt auch die auf den Alltag ausgerichteten Strukturen im Gesundheitswesen und macht sie unter dem Stichwort der Resilienz krisenfester.

Die häufige Inanspruchnahme des Rettungsdienstes bei niedrig priorisierten Rückfallindikationen führt oft dazu, dass Patientinnen und Patienten sich nicht leicht in das nicht leicht durchschauende dreigliedrige System der Notfallversorgung zwischen vertragsärztlichen Notdiensten, Notaufnahmen, Krankenhäusern und Rettungsdienst einbringen und dort im Dschungel gegebenenfalls oft den Rettungsdienst rufen, obwohl andere Angebote durchaus vorhanden sind. Wir plädieren daher dafür, dass das ganze Thema der Verzahnung auch über die Krankenhausreform mit der Reform der Notfallversorgung stärker vernetzt wird und dieses Thema auch über eine bessere Leitstellenausrichtung ein neues Angebot findet.

Wir stärken ausdrücklich die Reaktionsmöglichkeiten über neue Angebote, wie zum Beispiel Helfer-vor-Ort-Strukturen oder ähnlich niedrigrschwellige Angebote, auch im Kontext telemedizinischer Möglichkeiten. Natürlich gilt es auch, Selbsthilfefähigkeit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. Wir sind auch hier insbesondere in Berlin mit dem Jugendrotkreuz im Schulsanitätsdienst erfolgreich aktiv, Schülerinnen und Schüler helfen sich quasi selbst, sorgen bei Schul- und Sportfesten für entsprechende Unterstützung. Dies ist auch für uns eine wichtige Quelle zur Akquirierung von Nachwuchs im Ehrenamt, was für unsere Gesellschaft besonders wichtig ist.

In Summe muss halt die Finanzierung auskömmlich sein. Wir sehen hier und da noch Klarstellungsbedarf im gesetzlichen Verfahren, insbesondere auch, wenn es um die Grenze zwischen dem Regelrettungsdienst geht und der Heranziehung von Ehrenamtlichen bei Sonderlagen. Wir stellen auch in diesen Tagen wieder fest, wie schwierig es ist, Klarheiten hinsichtlich der Finanzierung sicherzustellen. Da hat das Gesetz sicherlich noch eine Chance, dies nachzuschärfen. Es gibt die entsprechenden Passagen, aber hier und dort muss aus unserer Sicht noch nachgeschärft werden.

Die weiteren gesetzlichen Entwicklungen sehen wir als relevant an – um das noch einmal zusammenzufassen –, dass die Bundes- und Landesregelungen sich gut verzahnen und insbesondere die Finanzierungsregelungen aus dem SGB V sich dort widerspiegeln. Bei neuen Innovationen, die auch in der Gesetzesnovelle enthalten sind, diese zu fördern, plädieren wir für nachhaltige Finanzierungsmodelle die Weiterentwicklung von stärkeren Leitstellensystemen und die konsequente Verankerung der Digitalisierung in den ganzen Systemen. Es gibt hier zum Beispiel unter den ganzen Datenschutzregelungen, Regelungen, dass wir zum Beispiel Patientendaten nachträglich im Krankenhaus abfragen dürfen, wenn sie transportiert wurden. Das ist ein gigantischer bürokratischer Aufwand, selbst wenn es in die richtige Richtung geht. Da lassen sich vielleicht noch andere Dinge erreichen.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Ceglarek! – Vielleicht noch einmal der Hinweis: Sie haben alle eine Uhr, und die ist auf fünf Minuten eingestellt – das habe ich auch im Vorfeld gesagt –, danach wird sie rot. Wir hatten jetzt zehn Minuten. Ich würde nach sieben Minuten ein bisschen räuspern, damit wir alle gut durchkommen und noch eine zweite Runde machen können. Es wird noch eine zweite Runde geben. Jetzt hat Herr Ruppert das Wort.

Dr. Burkhard Ruppert (Kassenärztliche Vereinigung Berlin – KV Berlin –): Guten Tag! Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, hier sprechen zu können! Ich habe erst einmal eine Frage: Geht es nur um die Rettungsdienstgesetznovelle oder geht es um die Gesamthematik? Dann würde ich bitten, meinen Vortrag aufzurufen.

Vorsitzende Silke Gebel: Genau, jetzt kommt der Vortrag von Ihnen.

Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin): Okay! – Zum Rettungsdienstgesetz vielleicht nur ganz kurz vorneweg: Wir hatten zwei Punkte, das waren der § 5 Absatz 3 und der § 2a. Nach meinen Recherchen, nach den Rückmeldungen aus unserer Fachabteilung, sind unsere Punkte mit eingearbeitet worden. Insofern glaube ich, dass ich mich dazu nicht weiter äußern brauche. Das würde mir nur die Zeit nehmen, die ich gerne für diese Präsentation hätte. Wir sind gebeten worden, in dem Zusammenhang etwas zur Reform der Notfallversorgung zu sagen, zur Bewertung des Gesetzesvorhaben des Bundes aus Sicht der KV Berlin. Das tue ich hiermit sehr gerne.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Das sind meine beiden Agendapunkte: Wie sehen die Behandlungszahlen der akuten ambulanten Versorgung aus? Das war ein Punkt, den Sie bei uns abgefragt haben, und die Bewertung des Referentenentwurfs.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Das kennen Sie noch: Der rbb hat mitgeteilt, dass wir mittlerweile bundesweit am zweithäufigsten die Rettungsstellen aufsuchen. Nach Hamburg sind wir die zweiten, fast doppelt so viel als in Brandenburg selbst. Sie sehen, dass das durchaus strukturelle Gründe hat. Die sind auch allgemein bekannt.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Wie sehen die Kontakte in den Krankenhäusern aus? – Hier sehen die dunkle Säule. Das betrifft die Zentralen Notaufnahmen, die keine Notdienstpraxis haben. Die rote Säule sind die ZNAs mit Notdienstpraxen, die aber geschlossen sind. Daran erkennen Sie, dass das etwa neun Standorte gegenüber 28 Standorten für die dunkle Säule sind. Sie sehen, dass wir durchaus in den ganz großen Zentren sind. Wenn Sie dann noch die vierte Säule mit dazu nehmen, ZNAs mit geöffneter Notdienstpraxis, das dazu addieren, dann machen die ungefähr zwei Drittel bis drei Viertel der Fälle, die die übrigen 28 machen. Das heißt, dass das schon große Zentren sind. Wenn Sie sich die beiden letzten Säulen anschauen, dann sehen Sie, dass die Notdienstpraxen selbst und die ZNA, während die Notdienstpraxis geöffnet hat, ungefähr pari pari sind. Bei der Triagierung ist es so, dass praktisch jeder zweite Patient entweder in die ZNA geht oder in die angeschlossene Notdienstpraxis.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Insgesamt sind das etwa 800 000 Fälle, pro Quartal etwa 200 000. Wenn Sie sich das überlegen, wie viel Arztfälle es pro Quartal in Berlin gibt – das sind etwa 9 Millionen –, dann wird Ihnen klar, dass die Dimension dessen, was im ambulanten Bereich passiert, sich rein mengenmäßig abbildet. Das sind letztlich 2 Prozent der ambulanten Fälle, die insgesamt über die Kliniken abgewickelt werden.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Jetzt mal zu dem Problem, wie es mit einer Steuerung in diesem System aussieht. Ich habe Ihnen jetzt ein System vorgestellt, das ungesteuert ist, das ist der Zugriff auf die Frage Rettungsstelle. Patienten entscheiden selbst, ob sie in die Rettungsstelle gehen. Ein weiteres System bei uns im ambulanten Bereich ist die sogenannte offene Sprechstunde Fachärzte. Hier erkennen Sie, dass wir mittlerweile eine deutliche Zunahme bei den Fällen, die über die offene Sprechstunde abgerechnet werden, haben. Mittlerweile sind es 1 Million Fälle pro Jahr.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Demgegenüber sehen Sie ein System, wo etwas gesteuert wird. Die Akutfälle, über TSVG-Bedingungen, bei Haus- und Fachärzten müssen alle zwingend über die 116117. Das sind etwa 26 000 Fälle im Jahr. Die Tatsache, dass es hier weniger Hausärzte als Fachärzte betrifft, ist komplex. Ein Punkt – es gibt noch mehrere – ist, dass die Patienten meistens gar nicht über die 116117 gehen, um zum Hausarzt zu gehen. Im Akutfall gehen die direkt zum Hausarzt. Das erklärt im Wesentlichen die Frage, warum das so unterschiedlich ist.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Was sagen uns diese Zahlen also? – Die Zahlen zeigen uns ganz eindeutig, dass wir ein riesenproblem bei der Frage haben, welche Reformbemühungen wir haben müssen, um im ambulanten Bereich die Akutversorgung besser hinzubekommen. Wir haben ein absolut reformbedürftiges System. Es ist hoch gesteuert, hoch reguliert, personal- und kostenintensiv, aber wir haben einen völlig ungesteuerten Patientenzugriff auf dieses System. So lange wir das haben – das ändert auch das neue Gesetz zur Reform der Notfallversorgung nicht – wird das nicht funktionieren. Die Reform der Akutversorgung ist also dringend notwendig. Je mehr Sie in diesem Bereich anbieten, je mehr Rettungsstellen, je mehr Notdienstpraxen Sie anbieten, werden die immer intensiv in Anspruch genommen. Sie sehen den Unterschied zwischen Ber-

lin und Brandenburg, wo Sie in Berlin ein deutlich dichteres Netz an solchen Strukturen haben, und entsprechend häufiger wird es angenommen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Jetzt zum Gesetzesentwurf selbst: Wir begrüßen den Gesetzesentwurf ausdrücklich, zumal 80 Prozent dessen, was da drinsteht, in Berlin schon durchgeführt wird. Er verfehlt aber in zentralen Punkten das Ziel, denken wir, nämlich bei der verbindlichen Patientensteuerung. Es werden Parallelangebote gemacht, die Reform entzieht der Regelversorgung Mittel, sowohl personell als auch finanziell, Vorhaltekosten, anders als bei den Krankenkassen, die dort vollständig erstattet werden, werden hier von der Vertragsärzteschaft im Wesentlichen abgefordert, und funktionierende Kooperationsmodelle, die schon existieren, sollten unserer Meinung nach gestärkt, nicht geschwächt werden.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Wir brauchen eine verbindliche Patientensteuerung, die vor allem auch in die Regelversorgung zurücksteuert. Wir haben in Berlin ein Modell aufgesetzt; das sind die Kooperationspraxen. Das ist mühsam, das ist schwere Kennerarbeit, das ist gar nicht so einfach, Kliniken, Klinikpersonal wie auch unsere Ärzte dazu zu bringen, das immer wieder voranzubringen, aber ich denke, darin steckt die Zukunft.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Wir müssen bei den INZ-Gründungen, was das Thema verpflichtend betrifft, sehr vorsichtig sein. Wir haben viele regionale Unterschiede. Wir haben in Berlin ein sehr gutes System – ich habe Ihnen das schon gezeigt –, dass wir im Wesentlichen mit unseren elf Notdienstpraxen, sechs im Erwachsenenbereich, fünf im Kinderbereich, schon in den Haupt-ZNAs sitzen. Wir müssen aufpassen, dass wir keine Parallelangebote zur ambulanten Versorgung machen. Wir würden damit die bedarfsgerechte Versorgung eher verschlechtern. Wir müssen aufpassen, dass die Ausweitung der Praxenöffnungszeiten irgendwie in einem finanziellen Maß bleiben. Wir haben das mal für unsere elf bestehenden Notdienstpraxen durchgerechnet. Wenn wir auch unter der Woche abends aufmachen, entstehen dadurch betriebliche Mehrkosten von 1,2 Millionen Euro, und jede weitere Notdienstpraxis kostet noch einmal 330 000 Euro im Jahr. Es geht eher darum, etablierte Strukturen zu stärken, anstatt sie zu ersetzen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Die telemedizinische Versorgung ist auch ein wichtiges Thema. Wir haben das in Berlin schon. Wir haben einen Beratungsarzt 24/7. Die Ausweitung auf die fachärztliche Versorgung im Kinder- und Jugendbereich sehen wir als nicht bedarfsgerecht an. Es ist auch sehr kostenintensiv. Auch die strikten Erreichbarkeitsvorgaben, also wie schnell letztlich ein Patient über die 116117 telefonisch Kontakt haben soll, würde hohe Kosten und hohen Personalaufwand bedeuten. Wir haben das auch durchkalkuliert. Das wären 3,2 Millionen Euro. Wenn Sie diese 3,2 Millionen Euro und die 1,2 Millionen Euro zusammenrechnen, dann sehen Sie, dass wir auf über 4,4 Millionen Euro Kosten kommen. Ich glaube, dass die Bundesregierung mit Mehrkosten über ganz Deutschland von etwas mehr als 400 Millionen Euro gerechnet hat. Wir würden schon fast zehn Prozent der Kosten auslösen, wenn wir das nur hier in Berlin

machen, und wir sind in Berlin schon gut aufgestellt. Diese Mehrkosten müssen vollständig finanziert werden. Parallele Angebote müssen am tatsächlichen Bedarf gemessen werden.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Die gesamte Finanzierungslogik, die sich über § 105 1a und b SGB V abbildet, zeigt uns, dass wir jetzt schon 2,3 Millionen Euro in das System hineingeben müssen, zusätzlich müsste das am Ende, wenn es zu einer paritätischen Finanzierung bei den Vorhaltekosten, bei der Frage der von Akutleitstellen, Fahrdienst, Telemedizin, Gesundheitsleitsystem kommt, aus den Honoraren der Mitglieder mitfinanziert werden. Das würde letztlich zu einer Schwächung des Gesamtsystems beitragen. Vorhaltekosten, das ist eine zentrale Forderung von uns als KV, müssen so, wie bei den Krankenhäusern auch, vollständig von den Krankenkassen getragen werden.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Zur Schwächung der Regelversorgung noch einen weiteren Punkt: Die Ausweitung der Notdienstzeiten wird ohne Steuerung zu einer hohen Inanspruchnahme führen. Die zentrale Forderung: Ohne Steuerung ist alles nichts. Wir können uns noch so viele gute Gedanken zu diesem Thema machen, wir können uns noch so viel überlegen, was wir noch alternativ anbieten können, ohne eine Steuerung wird das nicht funktionieren. Die Kosten der Notdienstleistung werden zu 100 Prozent aus der budgetierten Gesamtvergütung der Ärzteschaft genommen. Nachdem die Hausärzte nicht mehr budgetiert sind, ist die einzige Gruppe, die noch budgetiert ist, die Fachärzte. Diese tragen hier in Berlin sowieso schon über 60 Prozent der Gesamtkosten. Hier ist es unbedingt erforderlich, um eine gerechte Honorierung zu erreichen, dass die Fachärzte entbudgetiert werden müssen. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Dr. Ruppert! – Wir kommen zu Frau Pfeiffer.

Katharina Pfeiffer (Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge – KEH –): Schönen guten Tag auch von mir! Ich bin Katharina Pfeiffer und nicht, wie gesagt wurde, die Pflegerische Leitung in der Notaufnahme. Die ist tatsächlich an der Front beschäftigt. Das ist der Herr Klawitter. Ich bin Pflegerische Bereichsleitung, unter anderem für die Notaufnahme zuständig. Ich möchte ein bisschen über die Besonderen Vorkommnisse im KEH berichten.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Besondere Vorkommnisse gibt es im KEH ganz viele – das müssen Sie sich auch gar nicht alles durchlesen – unter anderem Einbruch, Diebstahl, Hausfriedensbruch, Entweichung von Patienten, aber eben auch Angriffe und Übergriffe auf Patienten körperlich, psychisch und sexuell, auf die wir uns heute hier konzentrieren wollen, jedenfalls ich.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Übergriffe gehen von Patienten an Patienten, gehen von Patienten an Mitarbeiter, von Patienten an An- und Zugehörige oder andere Besucher unserer Klinik. In verschiedenen Kategorien: körperlich, sexuell und rassistisch durchaus auch. Jedes gemeldete Vorkommnis ist auch immer ein direkter körperlicher Angriff, verbale Bedrohungen, Beleidigungen gehören aber auch dazu. Die körperlichen Übergriffe reichen von Abwehrhandlungen eines Patienten, der bei der Körperpflege ist oder bis hin zum durchaus auch Tötungsversuch durch zum Beispiel Erdrosseln. Wir haben unsere Mitarbeiter dazu motiviert, jegliche Form dieser Übergriffe zu melden. Dadurch entstehen diese Besonderen Vorkommnisse, und das begründet natürlich auch die hohen Meldezahlen, die wir hier angeben.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Wir haben es mal zusammengefasst: 2024 gab es 1 117 gemeldete besondere Vorkommnisse, in 2025 1 062. Das ist also nicht deutlich mehr geworden. 293 davon – Sie sehen es alle selbst – von Patienten an Patienten, 2025 307 von Patienten an Patienten, 688 von Patienten an Personal, 677 von Patienten an Personal in 2025, 2024 136 Patienten von Patienten an Besucher, 2025 78 von Patienten an Besucher. Im Detail an Personal sind es tatsächlich doch beeindruckende Zahlen: 2024 450 körperliche Eingriffe, 2025 430 körperliche Angriffe.

fe/Übergriffe, 199 psychische Übergriffe 2024, 2025 206 psychische Übergriffe, durchaus auch 9 rassistische Übergriffe 2024 und 2025 16 rassistische Übergriffe, 30 sexuelle Übergriffe und 2025 sexuelle Übergriffe.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Das sind noch einmal die Zahlen der einzelnen Stationen, wo die Besonderen Vorkommnisse gemeldet werden. Das erklären wir gleich noch genauer.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Der hohe Anteil ist in den Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Man muss dazu sagen, dass das KEH natürlich einen großen Anteil an psychiatrischen Patienten hat, also ungefähr die Hälfte. Wir haben 825 Betten, davon sind 364 somatisch, der Rest ist psychiatrisch. Ein weiterer hoher Anteil findet sich in den Bereichen des Behandlungszentrum für Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung in der Erwachsenenpsychiatrie und natürlich aber auch in der Notaufnahme, weil das das Tor zur Klinik ist, wo alle erst einmal ankommen.

Nach dem Positionspapier zur Prävention von Gewalttaten vom DGPPN muss man allerdings dazu sagen, dass die allermeisten Gewalttaten sich nicht auf eine psychische Erkrankung zurückführen lassen. Die weit überwiegende Mehrheit der mehr als 18 Millionen Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland ist nicht gewalttätig. Bei bestimmten psychischen Erkrankungen besteht ein statistisch erhöhtes Risiko – das wissen wir –, Gewalttaten zu begehen. Dabei sind die Schizophrenien und andere Psychosen gesichert zu nennen. Ein großes Problem stellen Substanzkonsumstörungen dar, der Missbrauch und Abhängigkeit von Drogen und Alkohol und schweren Persönlichkeitsstörungen. Die überwiegende Mehrheit der Menschen, die an risikobehafteten Erkrankungen leiden, sind aber nicht gewalttätig. Das möchte ich noch einmal betonen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Was tun wir jetzt ganz speziell? – Uns ist wichtig, die Mitarbeiter zu schützen, und wir haben uns für unser Haus, denke ich, da schon ein gutes Netz aufgebaut. In allererster Linie sensibilisieren wir natürlich unsere Mitarbeiter, die wissen, wo sie arbeiten und was ihnen passieren könnte. Es gibt Pflichtfortbildungen für unsere Mitarbeiter, und es sind tatsächlich Pflichtfortbildungen für alle Mitarbeiter – Deeskalationstraining durch spezielle Trainer. Wir haben bauliche Veränderungen vorgenommen und sind noch dabei. Wir merken, gerade die Notaufnahme betreffend, haben wir vorhin schon gehört, dass die Zahlen steigen. Unsere Notaufnahme platzt aus allen Nähten. Sie ist zu klein. Sie muss größer gebaut werden. Uns fehlen ungefähr 1 000 Quadratmeter, die wir irgendwo herzaubern müssen, um gerade auch Übergriffe zu verhindern und zu vermeiden und Trennungen vorzunehmen.

Wir haben für unsere Notaufnahme, glaube ich, etwas ganz Besonderes eingeführt. Wir haben keine Sicherheitsmitarbeiter an der Tür, sondern unsere Sicherheitsmitarbeiter sind Teil des Teams. Die übernehmen die Administration, sind aber schon auch Menschen, die geschult sind und die auch entsprechenden Eindruck hinterlassen, um den Rest der Pflege und des Teams zu schützen, einzugreifen und zu deeskalieren. Wir haben ein Nachsorgekonzept mit unser Friedrich-von-Bodelschwingh-Klinik, also in den Traumaambulanzen. Wir führen jetzt

gerade die Broset-Skala schon in der Triage ein, um Gewaltpotential einzuschätzen und reagieren zu können. Wir haben natürlich auch eine enge Zusammenarbeit mit unserem Polizeiabschnitt, kurze Kommunikationswege, regelmäßige Treffen. Wir schulen auch die Polizei, was psychiatrische Patienten betrifft, damit Deeskalation quasi im Einsatz schon anfängt. – Danke schön!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Frau Pfeiffer! – Dann kommen wir zu Frau Dr. Trommler.

Dr. med. Katja Constance Trommler (Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V., Landesgruppe Berlin – DGINA –): Ich gehe als Erstes auf das Berliner Rettungsdienstgesetz, ein, weil das Unfallkrankenhaus Berlin 65 Notärzte stellt, die auch in präklinischen tätig sind und auch ein Schlaganfallmobil am Ort vorhält.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Was ist für uns in dieser Novellierung des Rettungsdienstgesetzes auf Berlin bezogen neu? Erstens: Die Sicherung der Hilfsfristen ist neu strukturiert. Die Berliner Feuerwehr hat damit schon begonnen, und zwar ist ein dringlichkeitsbezogenes Notfallkategorisierungssystem eingeführt worden, in Anpassung an das Manchester-Triage-System, sodass die Einsätze nur bei ganz hoher Dringlichkeit und Schwere der Verletzung oder Erkrankung mit einem Notarzt und einem speziell ausgestatteten Rettungswagen absolviert werden und auch die Zeit von acht bis zehn Minuten einhalten müssen. Danach sind deutlich mehr Freiräume, was das Eintreffen am Notfallort anbelangt, eingearbeitet worden.

Neu ist die digitale Vernetzung, die jetzt zunehmend gefordert wird, also der Datenaustausch über definierte Schnittstellen, einerseits zur Qualitätssicherung und Informationsweitergabe ohne Lücken, andererseits aber auch für die Struktur- und Versorgungsforschung, die uns alle interessiert, damit wir wissen, wie unsere Patienten versorgt werden und was aus ihnen wird.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Die digitale Rettungskette ist hier einmal dargestellt, ist eng oder sollte eng miteinander verzahnt werden. Es beginnt in der Leitstelle mit einem standardisierten Notrufabfragesystem, über die Rettungsmittel mit standardisierten Protokollen. In der Notaufnahme wollen wir auch eine standardisierte Versorgung und digitale Dokumentation vorhalten. Letztendlich soll am Ende der Patient in seiner elektronischen Patientenakte alle Daten sowohl vom Rettungsmittel bis zur abschließenden Versorgung im Krankenhaus wieder mitnehmen, damit der Hausarzt informiert ist. Wir in den größeren Häusern mit der umfassenden Notarztversorgung sind jetzt dabei, das AKTIN-Notfallregister zu etablieren. Das ist ein übergreifendes Register, was uns ein Benchmarking zwischen den großen Notaufnahmen erlaubt. Wir können damit auch eine Qualitätssicherung vollziehen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Zur Reform der Notfallversorgung, sie ist schon angesprochen worden, ist einerseits die Steuerung der fußläufigen Patientenströme und des Rettungsdienstes über die integrierten Leitstelle ein wichtiger Aspekt. Andererseits bekommen jetzt die Integrierten Notfallzentren mit der

Möglichkeit der ambulanten Disposition von Patienten, die fußläufig bei uns eintreffen, die Patienten wieder aus der Notaufnahme heraus in die kassenärztliche Versorgung zu steuern.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Dieses Abbild kennen Sie sicher alle. Eine Schleusenfunktion wäre auf alle Fälle über die 116117, der Anruf des Patienten, wenn dort die Möglichkeit über ein standardisiertes Abfragesystem bestünde, diese Patienten bei niedriger Dringlichkeit in das Terminvergabesystem zu integrieren und die dann in den Folgetagen dem ambulanten Bereich zuzuführen, oder über einen Code dann die Möglichkeit bestünde, dass sie sich anschließend in der Rettungsstelle oder am gemeinsamen Tresen vorstellen würden. Das wäre schon eine Möglichkeit. Das Gleiche würden wir dann am gemeinsamen Tresen mit einer Ersteinschätzung in den integrierten Notfallzentren noch einmal durchführen, sodass da vielleicht schon die Schleusenfunktion, die Herr Ruppert angesprochen hat, möglich wäre.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Was ist bisher für uns in Bezug auf das Berliner Rettungsdienstgesetz noch ungeklärt? – Die Verlegung von Patienten mit einem hohen Versorgungsgrad, also intubiert beatmete Patienten oder Patienten auch mit psychischer Erkrankung, die wir nicht ohne Weiteres ohne Notarztbegleitung oder höher ausgestatteten Rettungswagen verlegen wollen – vor allen Dingen aus den Häusern mit umfassender Notfallversorgung –, wird mit diesem neuen Gesetz zunehmend schwerer werden, weil die Feuerwehr zukünftig nur noch Übergewichtige oder Patienten mit speziellen Infektionskrankheiten transportieren möchte.

Die Festlegung der INZ-Standorte ist für uns ganz dringend notwendig, damit wir auch das Personal schulen und bauliche Maßnahmen ergreifen können. Sie muss also zeitnah erfolgen. Wir wollen wissen, was aus unseren STEMO wird, wo die eingesetzt werden oder ob die überhaupt noch weiter betrieben werden können. Die adäquate Finanzierung der Patientenversorgung ist wichtig. Da ist der Wegfall der Leistungsgruppe Notfallmedizin für uns ein einschneidendes Ergebnis gewesen. Die Vereinheitlichung dieser digitalen Rettungskette: Bisher ist es immer noch so: Wir haben viele angrenzende Regionen, auch in Brandenburg, wo jeder sein eigenes digitales Dokumentationssystem häufig auch preislich bestimmt einführt und wir dann mit den Schnittstellen Probleme haben. Die Einführung von AKTIN wäre ein ganz wichtiger Aspekt für uns.

Innerklinisch ist die Registerarbeit für die Qualitätssicherung schon über diverse Zertifizierungen gesetzlich geregelt. Was uns aber so ein bisschen Schwierigkeiten macht, ist die Datenschutzverordnung, weil für viele Register eine Einwilligungspflicht besteht und dadurch ganz viele Patienten aus dieser Registererfassung wieder herausfallen. In den Kliniken muss endlich die Elektronische Patientenakte eingeführt werden. Da warten wir schon seit fünf Jahren drauf, und die würde uns vor allen Dingen, was den Notfalldatensatz angeht, extrem viel helfen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Zur aktuellen Situation in den Notaufnahmen: Ich habe mir mal das Unfallkrankenhaus Berlin mitgebracht. Wir haben über die Jahre doch einen Anstieg der Patientenzahlen. In den letzten

Jahren waren es knapp 67 000 Patienten. Dieses Jahr werden wir etwas über 68 000 Patienten kommen, also eigentlich nur noch ein moderater Anstieg.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Über den Tag verteilt – das ist eine Auswertung unseres digitalen Systems von 2024 –: Auch in den Nachtstunden kommen wir nie auf null. Es tröpfeln immer noch Patienten rein, beziehungsweise wir haben teilweise mit Beginn des Nachtdienst noch 100 Patienten in der Notaufnahme, die dann so über die Nacht sukzessive abgearbeitet werden. Es ist ein steter Strom und so richtig los, wie so eine Tsunamiwelle, geht es meistens so ab um 10, um 11 Uhr, wenn der Berliner Bürger ausgeschlafen hat und sich bei uns fußläufig vorstellt.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Das zweite Problem, das wir haben, ist die Altersverteilung, wie wir hier sehen. Die hochbetagten Patienten, die uns auch aus der Demografie bekannt sind, überschwemmen unsere Notaufnahmen mit dann auch erhöhtem Behandlungsbedarf.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Wie wir hier sehen – das ist unser Manchester-Triage-System –: Die ganz linken Patienten sind die Akutpatienten, die direkt in den Schockraum gehen, die rechten Patienten, die grünen und blauen Patienten, die 41 Prozent, 42 Prozent der Menge ausmachen, können alle im Hausarztbereich versorgt werden. Unser Problem sind die gelben Patienten, die schon mehr Versorgungsaufwand haben. Die müssen bei uns sehr lange warten, deutlich über die vorgegebene Arztkontaktzeit von 30 Minuten hinaus, teilweise zwei, drei Stunden, bevor wir die überhaupt ärztlich sehen können.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Die Patientenzahlen nehmen diskret zu. Der Versorgungsaufwand nimmt deutlich zu, weil die Patienten älter und kränker werden, und fast über die Hälfte der Patienten müsste eigentlich gar nicht durch uns versorgt werden.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Zum Thema Sicherheit – die Kollegin vor mir hat schon sehr viel gesagt –: Es ist eine anonymisierte Umfrage in der Notaufnahme bei uns, die wir im Sommer letzten Jahres durchgeführt haben. Die eine Frage war: „Hast du bereits Gewalt in der Notaufnahme erlebt?“ – 100 Prozent haben das. Wie äußert die sich? – Das ist auch noch einmal ein Abbild. Wir haben keine Psychiatrie, wir haben also den Durchschnitt der normalen Bevölkerung am Rande der Stadt, waren bisher so ein bisschen blande, was Gewalt anbelangt, behaftet, aber verbale Gewalt ist unser Alltag, nonverbale Gewalt jetzt auch, aber auch körperliche Gewalt und sexualisierte Gewalt sind deutlich vorhanden, und wir müssen unser Personal schützen.

Was wir sehen, ist eine Zunahme des aggressiven Verhaltens, aber auch eine Zunahme von Drogen- und Alkoholintoxikation am Rand von Berlin, nicht in der Stadtmitte. Die Obdachlosen werden jetzt zunehmend auch zu uns geschwemmt. Was natürlich wahnsinnig mit Gewaltpotenzial behaftet sind, sind die langen Wartezeiten, die aggressiv machen.

Was da noch ungeklärt ist, ist die Kostenübernahme, wenn wir den Sicherheitsdienst einführen. Es wäre schön, wenn die Politik nicht nur die präklinische Gewalteskalation beachtet, sondern auch die Klinik mit Gesetzen absichert, wenn Gewalt auftritt. – Das war es meinerseits!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir noch zu Herrn Schreiner, und dann können sich auch die Abgeordneten schon einmal zu Wort melden.

Marc Schreiner (Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Sehr geehrte Mitglieder des Hohen Hauses! Frau Senatorin! Frau Staatssekretärin! Alles Gute zum neuen Jahr und gutes Gelingen für Ihre wichtige Arbeit! Danke auch für die Gelegenheit, hier heute mit Ihnen sprechen zu dürfen! Zum Thema Rettungsdienstgesetz haben wir uns mit einer umfangreichen Stellungnahme eingebracht. Ich will Ihnen dennoch die wichtigsten Punkte daraus noch einmal vorstellen. Für uns ist die Möglichkeit, dass die Feuerwehr die ganzen Transportfahrten nicht mehr macht, insofern ganz interessant, weil wir uns davon erhoffen, dass, wenn das die privaten Transportunternehmen machen, das dann in einer Hand für uns schneller und effizienter gehen kann. Für uns ist allerdings dabei die Sorge, jetzt gerade mit den angesprochenen Verlegungen zwischen den Krankenhäusern, etwa in einem Notfall, dass die Kosten für diese Verlegung, die dann als Transportfahrt und nicht mehr als Rettungsfahrt gelten, bei den Krankenhäusern verbleiben. Das wollen wir gerne noch einmal mit Ihnen im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens besprechen. Ansonsten hätten wir uns noch gewünscht, dass eine integrierte Leitstelle der Rettungsdienste und der Transportdienste hergestellt wird. Jetzt haben wir die Möglichkeit, dass die Transporte selbst eine Leitstelle errichten. Manche haben das schon gemacht. Eine integrierte, die alle Transportdienste zusammen mit den Rettungsdiensten, umfasst, wäre für uns hilfreich, weil dann die Zuordnung in die entsprechenden Systeme besser funktionieren könnte.

Die Reform des Gesetzes zur Notfallversorgung auf der Bundesebene erwarten wir händeringend. Sie soll im Februar kommen. Sie nimmt bereits bekannte Gesetzesentwürfe auf. Danach sollen an Rettungsstellen von Krankenhäusern Integrierte Notfallzentren errichtet werden, an denen Patienten entweder ambulant in einer Rettungsstelle, in einer KV-Notdienstpraxis oder in der Rettungsstelle des Krankenhauses versorgt werden können. Ein solches Modell gibt es bereits auch in Berlin. Wir haben sechs INZ für Erwachsene und – das muss man anders zählen – fünf INZ Kinder. Sechs Erfolgsmodelle haben wir in der Stadt schon, die, wo sie gelebt werden, auch von den Beteiligten als effizient und von hoher Kollegialität getragen, auch als wirklich entlastend für beide Seiten wahrgenommen werden. Dieses Modell gilt es auszubauen, und das soll mit der Reform des Gesetzes zur Notfallversorgung auch so kommen.

Wo wir allerdings noch Schwierigkeiten haben, ist dann die Frage, wo und wie viele INZ in der Stadt Berlin errichtet werden sollen. Wir sagen mal grundsätzlich – das sagen andere Experten auch – dass pro 400 000 Einwohner mindestens ein INZ errichtet werden müsste. Das würden wir auch so sehen. Das würde bedeuten mindestens zehn INZ für Berlin. Mit Blick auf unsere Geografie, auf unsere Verwaltungsstrukturen, auf die Einwohnerstruktur gehen wir allerdings von mindestens zwölf INZ aus, also pro Bezirk ein INZ, und dann müssen an diesen auch die Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxis auch noch verlängert werden. Das ist aber auch im Gesetz vorgesehen. Wir begrüßen im Übrigen auch, dass die Bundesregierung plant, die Rettungsanfahrten im SGB V finanziell zu verorten. Das würde ermöglichen, dass

die Situation, wie eingangs beschrieben, die Rettungssanitäter, die vor Ort in der Häuslichkeit behandeln, abgerechnet werden kann. Das würde vielleicht dazu beitragen, dass die in die Rettungsstelle verbrachte Behandlungslast reduziert werden kann.

Zur Situation in den Rettungsstellen: Was uns bei der Reform noch fehlt – und das steht in Berlin auch noch auf der Agenda –, ist die Versorgung von Nichtversicherten, die mittlerweile eine wirklich große Dimension angenommen hat. Wir haben auch hier im Ausschuss schon einige Male darüber gesprochen, mindestens 10 Millionen Euro für die Versorgung von nichtversicherten Menschen. Wir schaffen es nicht, trotz der Ankündigung im Koalitionsvertrag, hier in Berlin eine vernünftige Regelung für die Krankenhäuser herzustellen. Jetzt haben wir die Hoffnung, wenn das in Berlin schon nicht gelingen kann, dass dann wenigstens der Bund bei der Reform eine Finanzierungslösung für die Krankenhäuser anbietet.

Bezüglich der Gewaltsituationen in den Krankenhäusern haben wir schon alles gehört. Das belegen auch Studien, dass viele Menschen mit falschen Erwartungen in die Rettungsstelle kommen, dass sie meinen, hier sofort behandelt werden zu können, auch mit kleinsten Anforderungen. Ich habe Ihnen eine ganze Reihe an Beispielen mitgebracht. Beispielsweise fand ich eindrücklich eine Verstopfung, die seit drei Wochen besteht, die dann Samstagabend in der Rettungsstelle behandelt werden soll. Da brauchen wir – und das ist vielleicht eine Aufgabe für die Stadt selbst – eine stärkere Steuerung durch mehr Information für die Menschen in der Stadt. Wir hatten schon einmal angeregt, eine Informationskampagne zu machen. Die KV ist da auch sehr bemüht, schaut, dass die 116117 in der Öffentlichkeit mehr bekannt wird. Da braucht es noch enorme Kraftanstrengungen, dass wir eine effiziente und effektive Steuerung der Menschen in die Versorgungssysteme hinbekommen. Jetzt freue ich mich auf Ihre Fragen!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Ich habe bisher Wortmeldungen von Herrn Franco, Herrn Hansel, Herrn Zander, Herrn Düsterhöft, Herrn Schatz, Frau König und Frau Gebel – Herr Franco!

Vasili Franco (GRÜNE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Es fällt etwas schwer, diese drei großen Blöcke Rettungsdienstnovelle, die Notfallreform und dann auch noch Übergriffe gegen Klinikpersonal in Krankenhäusern unter einem Tagesordnungspunkt zusammenzubringen. Ich versuche trotzdem mal auf die Sachverständigen einzugehen und danke Ihnen für Ihre Stellungnahmen. Ein paar Nachfragen haben sich mir zumindest auch gestellt.

In Richtung des Roten Kreuzes: Ich stimme Ihnen vollkommen zu, dass wir hier vor allem um die Frage von Verzahnung reden, wenn die Notfallreform durch den Bund dann endlich beschlossen wird. Können Sie vielleicht konkret darauf eingehen, was Sie sich als Hilfsorganisation erwarten, wie sich die Verzahnung verbessert? Erhoffen Sie sich auch weitere Möglichkeiten, dass die Personen, die bei Ihnen den Rettungsdienst fahren, nicht jeden Patienten, jede Patientin in die Rettungsstelle bringen müssen? Wie blicken Sie da vielleicht auch auf die Regelungen im neuen Rettungsdienstgesetz? Was die Feuerwehr macht, ist das eine, für die Hilfsorganisation ist das manchmal auch unter den Bedingungen etwas schwieriger. Mich würde aber interessieren, wie Sie sich vorbereiten, diese Rettungsdienstreform dann umzusetzen, insbesondere was die Patientinnen- und Patiententeuerung angeht, mit Verweisung oder – wie wir im Innenausschuss auch festgestellt haben –, so wie das Gesetz ausgestellt ist,

eher mit so einer Gefahr, dass die Verweisungen zu einer Abweisungsregelung wird, wenn man einen Patienten, den man nicht als Notfall einstuft, dann am Notfallort vortrifft.

An Herrn Ruppert von der Kassenärztlichen Vereinigung hätte ich die Frage: Es wird in den letzten Jahren immer sehr viel auf die KV geschimpft, dass die immer viele Notfälle übernehmen solle, die keine Notfälle sind. Wir wissen aber auch, dass in Berlin die Zahlen sehr hoch sind, was alles von der Kassenärztlichen Vereinigung übernommen wird. Vielleicht können Sie auch noch einmal darauf eingehen, was Sie von der Rettungsdienstgesetznovelle erwarten, da sie durchaus, zumindest in den Kommentierungen, sehr stark darauf ausgeht, dass sich die Berliner Feuerwehr von den Krankentransporten vollkommen rausziehen will und das schon in so eine Tendenz geht: Hauptsache, wir müssen die Menschen nicht fahren. – Das würde aber auch heißen, dass praktisch die Erwartungen an die KV möglicherweise höher werden. Spüren Sie das? Mit was rechnen Sie eigentlich konkret mit der Rettungsdienstgesetznovelle, oder sagen Sie, für Sie bleibt eigentlich alles, wie es ist, und die Fragen, die Sie betreffen, müssen an anderer Stelle geklärt werden?

Von Herr Schreiner würde mich noch der Ausblick der Krankenhäuser interessieren: Eine aus meiner Sicht gute Regelung, die jetzt getroffen werden soll, ist der Datenaustausch zwischen den Krankenhäusern und der Berliner Feuerwehr. Das ist zwar etwas fordernd reingeschrieben ins Gesetz, aber der Sinn und Zweck dahinter ist aus meiner Sicht sehr sinnvoll – von der Notrufannahme bis Entlassung aus der Rettungsstelle, dass man ein möglichst valides Bild bekommt, um auch da die Patientinnen- und Patientensteuerung und die Beschickung zu verbessern. – Angriffe auf Einsatzkräfte machen wir beim nächsten Mal. – So viel erst mal von mir!

Vorsitzende Silke Gebel: Danke schön! – Herr Hansel!

Frank-Christian Hansel (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Zunächst an Herrn Dr. Ruppert und Herrn Schreiner: Sie sagten, Herr Ruppert, eine Ausweitung der Notdienstzeiten ohne Steuerung führe zu mehr Inanspruchnahme. Können Sie konkret erläutern, wie diese Steuerung für Sie aussehen sollte? In dem Kontext geht es um eine verpflichtende Voranmeldung über die 116117, die digitale Triage oder andere Instrumente, aber dazu werden Sie sicher etwas sagen. Das würde mich sehr freuen. Wie bewerten Sie die Umsetzbarkeit in Berlin?

Herr Schreiner! Sie sprachen in dem Kontext von einer Informationskampagne. Vielleicht können Sie noch einmal etwas dazu sagen.

An den Senat: Wie sehen Sie dieses Petikum in diesem Kontext? Die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes ist bundesrechtlich geregelt. Welche Einflussmöglichkeiten nutzt der Senat, um sicherzustellen, dass eine Steuerung erfolgt und Überlastung vermieden wird? Gibt es eine landesweite Initiative, oder warum gibt es bislang keine landesweite Initiative, obwohl die Risiken bekannt sind?

An Frau Pfeiffer und Frau Dr. Trommler: Vielen Dank für das doch dramatische Bild, das Sie gezeichnet haben. Was würden Sie sich konkret jetzt von der Politik, vom Senat wünschen, um Sie bei Ihren Bemühungen, die Sie ja machen, in Bezug auf Prävention und was da sonst passiert, die Lage in Sachen Gewalt in den Griff zu bekommen? Ein Teil der Frage ist offenbar die Finanzierung des Sicherheitspersonals, aber andererseits, wenn ich Frau Dr. Trommler richtig verstanden habe, auch regulatorische oder gesetzliche Vorgaben. Wenn Sie dazu noch konkreter etwas sagen können, wäre das sicher sehr hilfreich. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Herr Zander!

Christian Zander (CDU): Vielen Dank! . Zunächst die Fragen an Herrn Ceglarek: Sie hatten sich eine bessere Leitstelleausrichtung gewünscht. Könnten Sie vielleicht in kurzen Worten noch einmal darstellen, wo Sie Optimierungsbedarf sehen, was nicht so gut läuft? Sie hatten auch das Projekt Helfende vor Ort angesprochen, an dem Sie auch schon einige Jahre planen und das gerne machen wollen. Wie schnell wären Sie in der Lage, das zu starten? Ist denn auch hierfür die Finanzierung über Rettungsdienstgesetznovelle gesichert, oder ist es einfach erst mal nur die gesetzliche Möglichkeit, die vorher nicht geschaffen war, über die Experimentierklausel überhaupt etwas finanzierungsfähig abrechenbar aufzuziehen?

An Frau Pfeiffer die Frage: Sie sagten, dass in diesem Jahr ein neues System starten soll, das Gewaltpotenziale schon bei der Triage-Einschätzung erkennen soll. Ist das erst bei der Einschätzung vor Ort oder ist das Verfahren auch so, dass bereits im Rettungsmittel die Einschätzung erfolgt und beim Eintreffen im Krankenhaus die Gefahrenpotenzialeinschätzung vorliegt? Passiert es schon einen Schritt vorher oder erst im Krankenhaus?

Herr Dr. Ruppert! Sie hatten angesprochen, dass die die Reform der Notfallversorgung im Bund Mehrkosten nach sich ziehen würde. Ich gehe davon aus, dass Sie damit meinten, dass es für die KV Mehrkosten hätte. Würden Sie denn sagen, dass es, wenn es denn gelänge, über diese Reformen die Mehrkosten bei der KV auszugleichen, die Planungen für das Gesamtsystem zu Entlastungen führen würden? Ich habe noch mal eine Frage dazu: Mir ist so, dass man mal sagte: Notdienstpraxen sollen die Rettungsstellen entlasten –, aber wenn es sich nach und

nach herumspricht und man sagt: Na gut, dann gehen wir gerade zu diesem Krankenhausstandort, weil ich da die Notdienstpraxis und die Rettungsstelle habe –, dann ist sie nach einiger Zeit gar keine Entlastung mehr ist, weil einfach mehr Leute dort aufschlagen und die sich nachher noch anders beteiligen. Ist es so, dass die Einrichtung einer Notdienstpraxis an einem Krankenhaus dazu führt, dass insgesamt gesehen mehr Fälle an diesen Krankenhausstandort kommen und man sich das vorher anschauen muss, wie und ob man wirklich sinnvoll entlasten kann, wenn man INZ schafft?

Vielleicht noch – das kann an Herrn Schreiner, Frau Trommler oder vielleicht auch an das DRK gehen –: Könnten Sie ganz kurz erklären, warum Sie die Interhospitaltransporte gefährdet sehen? Frau Trommler, sehen Sie insgesamt die Qualität dieser Transporte gefährdet oder ist mehr ein Finanzierungsproblem? Herr Schreiner, Sie sagten, dass nachher die Krankenhausträger die Kosten selbst tragen oder ist es für die, die die Transporte übernehmen, wie das DRK, eine Schwierigkeit, die Kosten über Krankenkassen et cetera wieder reinzubekommen?

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Herr Düsterhöft!

Lars Düsterhöft (SPD): Ich kann es kurz machen! Frau König wird gleich noch auf weitere Aspekte eingehen und auch Fragen stellen: Ich möchte mich nur kurz auf Dr. Trommler beziehen, welche eben gesagt hat, dass die Notaufnahmen von Obdachlosen überschwemmt werden. Dem möchte ich doch ganz deutlich widersprechen und zugleich Herrn Schreiner recht geben, dass wir dort ein Finanzierungsproblem haben. Das wissen wir. Das muss auch gelöst werden. Trotzdem darf es nicht dazu führen, wenn es dieses Problem gibt, dass es Menschenleben kostet. Ich kann nur empfehlen, mal mit dem Kältebus hier in Berlin unterwegs zu sein, und sich die Situation anzuschauen. Der Kältebus wird jede Nacht zu Krankenhäusern gerufen und gebeten, dort obdachlose Menschen abzuholen und diese in eine Kälteunterkunft zu transportieren. Es gibt regelmäßig Vorfälle, bei denen obdachlose Menschen von Notaufnahmen, Krankenhäusern, abgewiesen werden, obwohl sie offensichtlich mehr als hilfebedürftig sind. Ich war selbst dabei, als eine Person, die ohne Hose unterwegs war, bei Minusgraden durch die Polizei wieder auf die Straße verfrachtet wurde, und nur durch das Intervenieren und die Anwesenheit des Kältebusses wurde überhaupt einmal ermittelt, wer diese Person überhaupt ist. Man hat dieser dann zwar nicht geholfen, aber sie wurde in einer Kältehilfeeinrichtung untergebracht. Zu sagen, dass Notaufnahmen von Obdachlosen „überschwemmt“ würden, ist, finde ich, nicht die richtige Beschreibung der Situation.

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Schatz!

Carsten Schatz (LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Vielen Dank an die Damen und Herren für Ihren Input in unsere Debatte! Ich habe eine Reihe von konkreten Fragen, die ich gar nicht so personell zuordnen kann, aber vielleicht können Sie schauen, wer von Ihnen etwas dazu beitragen kann. Mich interessiert erst einmal, welche konkreten Entlastungseffekte durch die geplante Novelle des Berliner Rettungsdienstgesetzes Sie für den Berliner Rettungsdienst sehen und in welchen Bereichen Sie da keine oder nur geringe Wirkung sehen. Wo hätte es positive Auswirkungen und wo nicht?

Ziemlich konkret: Ist eine geplante Priorisierung und Kategorisierung von Einsätzen aus Ihrer Sicht in der Einsatzpraxis realistisch und vor allem rechtssicher umsetzbar? Das ist eine ganz praktische Frage. – Einmal den Link zur geplanten bundesweiten Reform der Notfallversor-

gung: Wie sehen Sie den Berliner Rettungsdienst derzeit strukturell auf diese geplante Reform vorbereitet?

An den Senat die Frage: Wann rechnen Sie denn mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzesvorhabens, das auf Bundesebene diskutiert wird? Wir haben es schon gehört, dass Sie ein paar Erwartungen an diese Reform haben, aber welche konkreten Verbesserungen erwarten Sie für die Berliner Krankenhäuser und welche Risiken sehen Sie? Vielleicht können Herr Schreiner und Frau Dr. Trommler etwas dazu sagen. Das fände ich ganz interessant.

Zur Belastungssituation haben Sie ausgeführt. Dann würde ich mich der Frage von Herrn Zander nach dem Gewaltpotenzial anschließen, wo Sie diese Skala genannt haben. Vielleicht können Sie das einmal erläutern. Das versteht ja nicht jeder – ich auch nicht.

Sie haben fast alle das Wort Patientinnen- und Patientensteuerung gesagt. Von „Patientinnen- und Patientensteuerung“ bekomme ich immer ein nervöses Zucken am Augen. Wir haben es erst über den Jahreswechsel wieder gehört, dass sich auch der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Andreas Gassen, eine finanzielle Patientinnen- und Patientensteuerung vorstellt. Da bekomme ich, wie gesagt, ein nervöses Zucken am Auge, wenn ich solche Sachen höre. Vielleicht können Sie dazu mal etwas konkret sagen, weil auch das System 116117, auch wenn es der eine oder andere Kollege sehr gelobt hat, mich ehrlich gesagt nicht überzeugt. Bei einer automatisierten Nummer anzurufen, wenn ich als Laie ein akutes medizinisches Problem habe und mir von einer Automatenstimme sagen lasse, was ich jetzt tun soll, ist echt nicht vertrauenserweckend. Das ist nicht die Form von Patientensteuerung, die ich mir vorstelle.

Ich sage einmal: Wenn wir etwas dagegen tun wollen, dass viele Menschen in der Rettungsstelle auflaufen, dann müssen wir die ambulante Versorgung verbessern. Das haben wir auch während Corona gelernt, dass ein großes Problem war, dass fast 30 Prozent der Menschen in Deutschland gar keine Hausärztin oder keinen Hausarzt haben. Die gehen dann zum Arzt, wenn akut etwas ist und viele auch erst, wenn es eigentlich schon zu spät ist. Das ist ein großes Problem. Das haben wir neulich auch in einem anderen Zusammenhang besprochen. Wir müssen auch bei der autochthonen Bevölkerung, nicht nur bei zugewanderten, an der sogenannten Gesundheitssystemkompetenz arbeiten, damit sie verstehen, wo ich mich hinwende wenn, und welche Möglichkeiten ich selbst, auch präventiv habe, einzugreifen. Das ist auch relativ wichtig. – Ich glaube, das ist ein Zeitsignal, aber eine Frage habe ich noch.

Vorsitzende Silke Gebel: Ja, das zweite schon!

Carsten Schatz (LINKE): Anschließend an das: Welche konkreten Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung sind derzeit geplant? Ich glaube, da liegt ein großer Schlüssel, um die Notfall- und Rettungsdienste zu entlasten.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Frau König!

Bettina König (SPD): Ich kann mich gleich an den letzten Aspekt von Herrn Schatz anschließen. Ich betrachte die ambulante Versorgung in der Stadt. Es ist ebenso, dass nach wie vor Leute keine Arzttermine bekommen, weder Haus- noch Fachärzte, zumindest nicht in einem Zeitrahmen, wo sie sie benötigen oder auch der Meinung sind, dass sie sie benötigen.

Ich glaube auch, dass hier ein ganz wichtiger Ansatzpunkt ist. Wenn man die Krankenhäuser entlasten will, muss man eine gute ambulante Versorgung haben, und die haben wir im Moment nicht – zumindest nicht überall in der Stadt.

Ich finde Patientensteuerung dafür trotzdem ein wichtiges Wort, aber ich will es auch wie Herr Schatz nicht mit einer finanziellen Komponente haben. Trotzdem wäre es gut, wenn man es mal schaffen würde, die Patienten in die richtigen Pfade zu steuern, sehe es aber im Moment noch nicht. Auch was die 116117 angeht, bin ich eher etwas kritisch. Die Vermittlung zu Fachärzten dauert teilweise auch noch sehr lange, sodass es für den normalen, einfachen Menschen auf der Hand liegt, dass ich in eine Rettungsstelle gehe, weil ich jetzt eine Behandlung brauche. Insofern würde mich interessieren – sowohl an die KV als auch an Herrn Schreiner, der das vom anderen Ende her betrachtet als die KV –: Wie genau können wir die Patientensteuerung passgenau, effektiv, effizient machen, und welche Bereiche müssen in der Stadt tatsächlich ausgebaut werden? Wobei ich gleich selbst sagen muss, dass diese Frage wahrscheinlich diese Sitzung übersteigt.

Von dem DRK wüsste ich auch gerne, welche Effekte sich die Hilfsorganisationen von der Berliner Rettungsdienstgesetznovelle erhoffen oder auch erwarten und wo vielleicht noch nachgesteuert werden muss.

Von der KV wüsste ich gerne noch – das ist mir eben aufgefallen, das ist nur ein kurzer Punkt –, dass Sie Telemedizin auf Kinder und Jugendliche auszuweiten als nicht bedarfsgerecht bewerten. Das hat mich ein bisschen überrascht, vor allen Dingen darauf, dass wir hier mal einen Antrag beschlossen haben – da geht die Frage auch gleich an den Senat –, dass wir die Telemedizin für eine passgenauere Versorgung bei Kindern und Jugendlichen ausbauen wollten. Das wurde im Jahr 2024 beschlossen. Die Mitteilung – zur Kenntnisnahme – sagte, dass das erst einmal am Runden Tisch Kindergesundheit bewertet wird. Wie ist da der aktuelle Stand, vor allen Dingen in Hinblick auf die telemedizinische Unterstützung für Kinder- und Jugendliche?

Herrn Schreiner würde ich gerne noch fragen: Der Nothelferparagraf ist immer wieder Thema. Ich weiß, Herr Schreiner, dass es zwischenzeitlich schon diverse Runden mit den beteiligten Senatsverwaltungen gab. Woran genau krankt es immer noch? Es steht im Koalitionsvertrag, das sagen Sie zu recht, weil es uns wichtig ist, zu einer guten Lösung zu kommen, die, wie Herr Düsterhöft sagt, einschließt, dass die Leute behandelt werden. Woran genau krankt es, dass wir eine Lösung finden? Dazu würden mich zwei, drei Sätze von Ihnen interessieren. – Das war es erst einmal von mir. Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann bin ich noch kurz an der Reihe.

Silke Gebel (GRÜNE): Ich habe einmal die Frage: In dem Gesetz steht drin, dass die Selbsthilfefähigkeit gestärkt werden soll. Was soll das operationalisiert bedeuten, und welchen Beitrag können die Krankenhäuser, der ambulanten Bereich, die Hilfsorganisationen leisten, aber auch die Gesundheitsverwaltung? Inwieweit werden Sie bei der Konzeptionierung eingebunden, was das an den Schulen heißt – das ist nur ein ganz kleiner Ausschnitt; es geht auch um die Erwachsenen –?

In der Begründung des Gesetzestextes steht, dass die Frequent User adressiert werden sollen, dass die ihre Patienten nicht über den RTW in die Rettungsstellen schicken – die Pflegeeinrichtungen werden als Beispiel genannt. Es wird auf den § 2b hingewiesen, aber da steht nur, dass jemand, der kein besonderer Notfall ist, nicht mit dem Rettungsdienst fahren darf. Da frage ich mich, wie das geregelt wird, was dann in einer Situation in einer Pflegeeinrichtung passiert. Das würde ich einmal die Gesundheitsverwaltung fragen, aber von der Praxis würde mich interessieren, was Sie der Politik empfehlen, das Thema zu adressiert.

Vorbeugender Rettungsdienst, der gesamte Präventionsbereich, finde ich ein sehr spannendes und wichtiges Thema. Das soll allerdings nur in der Innenverwaltung mit einer eigenen Stabsstelle angesiedelt werden. Ich frage mich, wie die Innenverwaltung einen vorbeugenden Rettungsdienst aufbauen kann. Da wäre für mich die Frage, inwieweit die Gesundheitsverwaltung eingebunden ist. Das schließt auch ein bisschen an diese Selbsthilfefähigkeit an, aber ich habe nicht genau verstanden, was damit gemeint ist. Vielleicht können Sie das noch einmal konkretisieren.

Dann der Bereich Einführung innovativer Versorgungskonzepte: Das ist im Landeshaushalt null finanziell hinterlegt. Das würde mich von den Praxisträgern interessieren, was Sie sich von einem innovativen Versorgungskonzept vorstellen würde. Da werden als Beispiel die Einsatzmittel für psychosoziale Notfälle benannt. Ich finde auch, von dem, was Frau Pfeiffer geschildert hat und was wir auch aus der Praxis gelernt haben, sind viele Fälle auch in der psychiatrischen Ausnahmesituation, wo dann der RTW kommt, wo vielleicht, aber in Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und dem RSD et cetera, ein Kooperationsmodell gemacht werden sollte, wie man die Leute anderweitig steuert. Da ist für mich die Frage, ob Sie auch Ideen haben: Mensch, genau das müsste man vielleicht einmal ausprobieren, die Frage wäre nur, wie wir das finanzieren. – Das ist auch eine Frage an die Senatsverwaltung.

Dann habe ich eine Frage zum Notfallregister: Wir haben eben darüber gesprochen. Bayern hat ein Notfallregister, das ein bisschen anders funktioniert, als das, was wir heute Morgen diskutiert haben, aber bei sich im Rettungsdienstgesetz adressiert. Ich frage mich, ob man nicht das Notfallregister, wenn man es so wichtig findet, in diesem Rettungsdienstgesetz adressieren müsste, um die Datenschutzfragen, die auch benannt worden sind, darüber zu regeln. – So weit vielleicht!

Vorsitzende Silke Gebel: Dann kommen wir Antwortrunde. Der Senat möchte etwas sagen. Dann hat Frau Czyborra das Wort.

Senatorin Dr. Ina Czyborra (SenWGP): Vielleicht ganz kurz: Ich muss zugeben, dass ich nicht alle Fragen, die an uns gerichtet wurden, jetzt so vollumfänglich verstanden habe. Insofern müsste an der einen oder anderen Stelle nachgefragt werden. Ich möchte einmal grundsätzlich auf einen Umstand hinweisen: Es ist immer sehr wenig erfreulich, wenn Politik auf Zuständigkeiten, Möglichkeiten und gesetzliche Grundlagen verweist, die man hat oder eben nicht hat. Nichtsdestotrotz ist es, glaube ich, an dieser Stelle sehr notwendig, das zu tun. Wir dürfen als Land Berlin kein Landesgeld in Bereichen einsetzen, wo andere Kostenträger und Strukturen bundesgesetzlich zuständig sind. Viele Bereiche, die hier adressiert worden sind, haben ihre Zuständigkeit eben da. Das ist die Übernahme von Kosten der Krankenhausversorgung. Wir sind für Investitionen zuständig. Das fällt dem Land Berlin bekanntermaßen schwer genug. Für Fragen der Versorgung sind wir nicht zuständig.

Natürlich ist es ein Problem bei der Versorgung obdachloser Menschen in dieser Stadt. Das sehen wir alle gemeinsam so, dass Kommunen in ihrer Zuständigkeit finanziell ein Stück im Stich gelassen werden und das auch in dem Ausmaß nicht tragen können, insbesondere in einer Stadt wie Berlin – wir hatten das Thema in einem anderen Zusammenhang –, wo viele Menschen über Arbeitnehmerfreizügigkeit herkommen, hier zum Teil Opfer von Arbeitsausbeutung werden, auf der Straße landen, ohne Krankenversicherung, nicht sozialversicherungspflichtig, nicht ordentlich sozialversichert wurden, vielleicht in ausbeuterischen Arbeitsverhältnissen und so weiter. Das überfordert unsere kommunalen Strukturen und unsere finanziellen Möglichkeiten.

Ansonsten haben wir ein Gesundheitswesen, das im Wesentlichen über Krankenkassenbeiträge finanziert ist. Mittlerweile sind 380 Milliarden Euro, glaube ich, in diesem Krankenkassenbereich, und Milliarden Euro werden auch im Raum Berlin-Brandenburg an die Gesundheitsversorgung ausgekehrt. Alleine diese Dimensionen machen deutlich, dass der Landeshaushalt nicht in der Lage ist, einzuspringen, wo dieses System Lücken lässt oder Drehtüreffekte oder anderweitig schwierige Effekte zeitigt. Diese ganzen Fragen diskutieren wir regelmäßig mit Herrn Ruppert, mit der Krankenhausgesellschaft, mit verschiedenen anderen Beteiligten im 90a-Gremium. Was das Land Berlin selbstverständlich tut – das ist ein nicht unwesentlicher Betätigungsbereich meines Hauses –, ist, das mit entsprechenden Initiativen beim Bundesgesetzgeber zu adressieren. Wir hatten verschiedene Gesetzinitiativen, Novellierungen schon in der letzten Legislaturperiode, die aber zum Teil nicht Realität geworden sind. Wir sind in einem Neustart; das ist natürlich die Krankenhausreform, das sind verschiedenste Reformen des Bundes, wo wir darauf hoffen, dass diese helfen, diese Regelungslücken, Drehtüreffekte und so weiter zu beheben, und auch ein sinnvoller Patientensteuerungssystem ermöglichen. Wir denken über die Frage des Primärarzt systems nach. Auch wir sind der Auffassung, dass monetäre Anreiz- oder Strafsysteme in Form von Kontaktgebühren nicht nur sozial unausgewogen sein können, sondern auch überhaupt nicht in der Lage sind, die erwünschte Steuerungswirkung zu erreichen, weil wir hier nur sinnvoll steuern können, wenn wir das fachlich unterlegen. Das heißt schauen, wie wir in möglichst kurzer Zeit über solche Telefonnummern wie 116117 den Versorgungsbedarf erfassen und dann in die richtige Versorgungsebene einsteuern. Wir sind in intensiven Debatten.

Das waren ein paar Fragen, die ich so wahrgenommen habe, auch wenn ich sie nicht richtig verstanden habe. Was tun wir? – Wir sind in unserem 90a-Gremium in den verschiedensten Zusammenhängen in diesen Debatten, in unseren Runden Tischen, am Runden Tisch Kinder- und Jugendgesundheit, wo wir versuchen, diese verschiedenen Zuständigkeitsebenen, die wir in einem sehr komplexen Gesundheitssystem haben – die Frage der Systemkompetenz wurde schon mehrfach angesprochen – aufzugreifen und dann auch Anregungen in der Gesundheitsministerinnen- und Gesundheitsministerkonferenz oder in Richtung Gesetzgebung des Bundes in unseren fachlichen Stellungnahmen im Bundesrat und so weiter zu transportieren, um all diese hier aufgeworfenen Fragen zu regeln.

Wie gesagt, wir sehen die Häuser, wir sehen die Belastung. Ich habe selbst in der Notaufnahme hospitiert. Auch dort wurde immer wieder gespiegelt, dass Aggression und Übergriffe ein großes Problem für die Beschäftigten dort sind. Das wurde von allen gesagt. Das sehen wir. Das ist äußerst bedauerlich, dass es in diesem Ausmaß notwendig ist, Sicherheitsdienste und so weiter einzuschalten. Nichtsdestotrotz ist es momentan, glaube ich, die Möglichkeit, in den

Notaufnahmen einen geregelten Ablauf und die Sicherheit der Beschäftigten sicherzustellen. Da kann man auch tatsächlich Hausverweise und so weiter erteilen, aber nur – Herr Düsterhöft hatte es gesagt – wenn es nicht zu einer Gesundheitsgefährdung der jeweiligen Patientinnen und Patienten führt. Das macht in meiner Wahrnehmung auch kein Krankenhaus. Vielleicht zunächst so viel zu dem, was wir in diesem ganzen Komplex tun!

Wir versprechen uns von den verschiedenen Reformvorhaben des Bundes, aber auch der Rettungsdienstnovelle tatsächlich, dass einige dieser unerwünschten Effekte, zum Beispiel die hohe Inanspruchnahme durch Pflegeeinrichtungen – das wissen wir; das ist ein großes Problem, wo aber die Versorgung in den Einrichtungen auch nicht gemacht werden kann. Da wird es weiterhelfen, wenn zum Beispiel das DRK dort selbst behandeln kann und nicht transportieren muss. Davon versprechen wir uns schon viel.

Die Selbsthilfefähigkeit ist etwas, was als berühmte gesamtgesellschaftliche Aufgabe, angefangen von Kitas, über Schulen, über die sozialen Einrichtungen, über Treffpunkte, über unsere Verbände und so weiter, eine permanente Aufgabe ist, die Menschen tatsächlich über Selbsthilfemöglichkeiten aufzuklären, auch Arztpraxen und so weiter. Das ist etwas, wo wir sicherlich in den verschiedensten Formaten darüber reden. Es ist ja auch ein Schwerpunkt der Landesgesundheitskonferenz der nächsten zwei Jahre, diese Frage der Gesundheitskompetenz zu besprechen und zu überlegen, auf welchen Ebenen man dieses Thema tatsächlich bewegen kann, informieren kann und so weiter. Auch das ist etwas, was in meinem Haus sehr intensiv bewegt wird. Wie gesagt, die Landesgesundheitskonferenz hat sich das zum Thema genommen. Insofern hoffen wir auch, dass wir unsere Strategie noch einmal ausformulieren, aussteuern, noch einmal auch an neue Herausforderungen – Gesellschaft verändert sich auch – anpassen können. Insofern sind es auch immer wieder neue Herausforderungen, die uns dort entgegentreten, die wir dann gemeinsam im System mit den anderen Verwaltungen, Bildungsverwaltung, Jugendverwaltung, bewältigen müssen, angefangen von Elternabenden über die verschiedensten Formate, über die wir da reden.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann würden wir zu den Anzuhörenden in der gleichen Reihenfolge kommen. Ich schaue wieder auf die Uhr. Vielleicht versuchen wir dieses Mal auf fünf, sechs Minuten zu kommen – ich weiß, dass es viele Fragen sind –, damit wir gut durchkommen. – Herr Ceglarek!

Marcus Ceglarek (Landesverband Berliner Rotes Kreuz e.V.): Vielen Dank! – In der Tat ist das Spektrum der Fragen komplex. Ich versuche, das zusammenfassend zu greifen. – Es wurde nach dem Thema Verzahnung der Bundes- und Landesgesetzgebung und wie wir uns darauf einstellen gefragt. Im Kern gilt es, die Frage zu beantworten, ob alle unsere Leistungen abrechenbar sind. Ein Stück weit obliegen wir dem Zufallssystem. Wenn ein Rettungswageneinsatz vor Ort dazu führt, dass es nicht zu einem Transport kommt, dann ist es möglicherweise positiv für das Gesamtsystem, manchmal ist es sogar entgegen des Rates, dass sich der Bürger dazu entscheidet, vor Ort zu verbleiben. Dass wir in dieser Situation eine nicht abrechenbare Leistung erbracht haben, während wir rein durch das Zufallsverfahren bei einem anderen Einsatz, der zeitgleich stattgefunden hat, möglicherweise eine abrechenbare Leistung erfahren hätten, ist ein Umstand, der geschlossen werden sollte. Der weitere Punkt ist, dass wir zwingend sicherstellen müssen, dass für die Menschen, für die wir eine Leistung erbringen, möglicherweise mit dem Transport, bei fehlender Versicherung Regelungen getroffen

werden müssen, dass unser Einsatz am Ende abrechenbar wird. Vorhaltekosten werden auf Dauer ein defizitäres Problem für alle Beteiligten im System bleiben.

Dann wurde gefragt, was man sich als Verbesserungen für die Leitstelle vorstellen könnte. Bei der 112 ist die Leitstellensituation ganz klar. Bei dem Thema Krankentransporte haben wir im Moment noch eine heterogene Landschaft, wie die Aufträge in das System kommen. Da gibt es einige Dinge, die schon gut vernetzt sind, manche Dinge kann man sicherlich noch stärker vernetzen. Ich glaube, da gilt es, alle Akteure gut an den Tisch zu bringen. In der Gemeinsamkeit liegt sicherlich die Kraft.

Hier ist es die Forderung an alle Beteiligten, dass die Digitalisierung durchlässig sein muss. Ich nenne hier kurz ein Beispiel: Wir wollen die Krankentransportvermittlungsleitstelle für die Kassenärztliche Vereinigung auch für uns öffnen, dass die Aufträge aus den Arztpraxen bei uns über digital gesicherte Methoden ankommen. KIM ist der Standard für Kommunikation im Medizinwesen. Jetzt sagt uns die Gematik-Stelle: Tut uns leid, Rettungsdienstgesellschaften sind nicht für eine KIM-Adresse vorgesehen. – Da können Sie tagelang telefonieren, schreiben und machen und tun, das sind die Dinge, die wir aus dem Weg räumen müssen. Da müssen alle Beteiligten viel enger zusammenrutschen und Probleme gemeinsam anpacken.

Ist das Thema Helfende vor Ort und die Finanzierung bereits gesichert? – Mein Verständnis ist nein. Hier braucht es noch entsprechende Regelungen. Die Frage war auch, wann wir handlungsfähig sind. Man steht in den Startlöchern. Wir haben die einen oder anderen Strukturen, die man dann sehr schnell auch adaptieren kann. Ich möchte darauf hinweisen, dass wir, wie auch andere Hilfsorganisationen, im Bereich des Hausnotrufs stark aufgestellt sind und auch in diesem Segment eine Nähe zu den Bürgerinnen und Bürgern haben. Da gibt es auch Personal, was auch anders eingesetzt werden kann, wenn andere Vor-Ort-Leistungen erbracht werden sollen. Da gibt es sicherlich Möglichkeiten, wo man auch kurzfristig reagieren kann, aber das bedarf noch eine weitere Klärung der Finanzierung.

Thema Interhospitaltransporte: Ja, in der Tat. Es gibt dort noch Finanzierungsfragen, die aus Sicht der Krankenhäuser noch offen sind. Vielleicht kann man an der Stelle den Werbeblock für uns einfügen: Es gibt den Krankentransportwagen mit Arzt. Was hat der für einen Vorteil? – Der ist geringer qualifiziert besetzt, abgesehen von dem Arzt oder der Ärztin, als zum Beispiel ein Rettungswagen, der mit Notfallsanitätern besetzt ist, weil gerade die Berufsqualifikation der Notfallsanitärer personelle Engpass am Markt ist.

Da auch Ihre Frage, Herr Schatz, wie wir den Berliner Rettungsdienst vorbereitet sehen: Grundsätzlich sehen wir uns als gut aufgestellt. Wir hatten in den vergangenen Jahren – da ist, glaube ich, die Wahrnehmung im System klar – Engpässe im System. Wir sind als Hilfsorganisationen, glaube ich, hier ein fester Bestandteil. Vielleicht gibt es Spielende am Markt, vielleicht auf der einen Seite die Feuerwehr, vielleicht auf der anderen Seite andere private Anbieter, die vielleicht Marktverschiebungen in der Zukunft intendieren. Ich glaube, es ist wichtig, dass wir Planungssicherheit bekommen, auch über Gesetzesnovellen, die hier anstehen, dass die Hilfsorganisation ein wichtiger Player im Markt sind und auch bleiben. Wir brauchen diese Planungssicherheit auch für Investitionen. Wenn Sie zehn neue Rettungswagen kaufen, sind das schnell 3,5 bis 4 Millionen Euro. Da braucht man Planungssicherheit, dass der Markt auch zukünftig von Ihnen zu bedienen ist. Wir brauchen – da nehme ich wieder die Anleihe an den aktuellen Rahmenbedingungen durch den Stromausfall – die starke Vernetzung der Hilfsorganisationen zwischen Hauptamt und Ehrenamt. Nur das wird uns stärken. Es ist auch in der Rettungsdienstnovelle hier in Berlin vorgesehen, dass Ehrenamtliche in Sonderlagen stärker herangezogen werden müssen, aber die muss es auch geben. Das ist einfach der wichtige Punkt, dass es die geben muss.

Da leite ich über zu dem Punkt, nach dem ich gefragt wurde, wo wir noch Nachsteuerungsbedarf sehen. Drei Stichworte: Das eine ist die Stärkung der eigenen Resilienz. Da ging es um das Thema Schulen. Da wünschen wir uns schon eine Klarstellung, dass das im Bereich der Hilfsorganisationen verortet wird. Zum Thema Dienstverpflichtung in der Gesetzesnovelle wünschen wir uns Nachschärfung, was das denn heißt. Natürlich versuchen wir, wenn wir die Beleihung für entsprechende Fahrzeuge seitens des Senats haben, diese auch tagtäglich 24/7 in den Dienst zu kriegen, aber wir müssen der Realität ins Auge schauen. Auch wir sind den personellen Engpässen manchmal ausgesetzt. Was heißt denn eine Grippewelle für unsere Dienstverpflichtung?

Ein Stichwort, das mir auch wichtig ist, was nicht das Rettungsdienstgesetz komplett lösen kann: Das Thema Helfergleichstellung ist ein wichtiger Punkt. Wir haben im Rettungsdienstgesetz die novellierenden Ansätze drin, dass die Helfer aus dem Ehrenamt, die für die Sonderlagen herangezogen werden, gleichgestellt sind. Das ist aber noch nicht vollumfassend. Wenn ein Mitarbeiter aus der Freiwilligen Feuerwehr im Einsatzfall Stromausfall herangezogen wird, ist 100 Prozent gesichert, egal welche Tätigkeit er macht, dass sein Arbeitgeberausfall gesichert ist. Hier ist es die Novelle für den Rettungsdiensteinsatz, aber wir haben immer wieder die Fragen, was denn ist, wenn Ehrenamtliche im Einsatz sind, wie zum Beispiel für Betreuungskapazitäten oder auch für Transportdienstleistungen bei Evakuierungssituationen. Da haben wir immer wieder die Frage, welche Finanzierung tatsächlich gesichert ist, auch mit einer Planungssicherheit. Wir erleben es in der Praxis, dass zeitgleich mit dem Einsatz die Frage der Finanzierung immer die zu klärende Engpassstelle ist. Da wünschen wir uns mehr Klarheit. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir zu Herrn Ruppert.

Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin): Es waren wirklich viele Themen, und ich bemühe mich auch, das relativ kompakt zusammenzufassen. Vielleicht erlauben Sie mir mal eine Bemerkung vorneweg: Wenn ich von Mehrbelastung spreche, dann hat das wirklich eine existenzielle Bedeutung. Wir geben in Deutschland im GKV-System Summen aus, die zwischen 320 und 340 Milliarden Euro deutschlandweit liegen. Davon gehen gerade mal 17 Prozent in den

ambulanten Bereich – 17 Prozent –, und es ist nicht davon auszugehen, dass diese Geldsumme auch in Zukunft noch so zur Verfügung stehen wird. Es ist auch davon auszugehen, dass durch die Demografie die Belastungen im medizinischen Bereich deutlich zunehmen. Hier haben wir es insbesondere mit dem Problem der doppelten Demografiekeule zu tun, wie man so schön sagt, nämlich nicht nur die Bevölkerung wird älter, sondern auch die Ärzte werden älter, und die hören irgendwann auf. Wir haben es irgendwann damit zu tun, dass meine Generation, die Boomer-Generation, aufhören wird. Dann stehen wir nicht mehr vor 130 freien Hausarztsitzen im Ostteil dieser Stadt, sondern dann stehen wir vor ganz anderen Problemen. Das ist es, was mir Sorge macht.

Wenn ich jetzt darüber rede und sage: Leute, wir müssen endlich mal über Patientensteuerung nachdenken –, dann geht es nicht darum, dass ich ein böser KV-Vertreter bin, der dieses böse Wort in den Mund nimmt, sondern ich mache mir einfach verdammt noch mal Gedanken über die Zukunft der medizinischen Versorgung in dieser Stadt. Das sollte uns umtreiben und nicht die Frage: Hat jetzt irgendjemand mal wieder einen Gedanken zum Thema finanzielle Forderungen im Hinblick für Arztbesuche in die Manege geworfen? – Das ist nicht meine Forderung, sondern die Forderung von Herrn Gassen gewesen. Ich denke, so etwas hatten wir schon einmal, hat relativ wenig gebracht, hat viel Bürokratie gebracht. Bürokratie haben wir schon genug. Vielleicht sollten wir uns da intelligentere Dinge ausdenken. Etwas sehr intelligentes wäre tatsächlich Steuerung. So blöd wie das Wort klingt, so notwendig ist es für die Zukunft, wir werden um dieses Thema nicht drum herum kommen. Sie und wir müssen uns den Menschen gegenüber ehrlich machen. Wir haben einfach in Zukunft nicht mehr diese Ressourcen, sowohl finanziell als auch personell nicht. Deswegen sind wir als diejenigen, die in Entscheidungspositionen sitzen, gehalten, das den Menschen da draußen zu erzählen, ihnen das zu sagen, dass es nicht mehr so weitergeht wie die letzten 30 Jahre. Das ist halt eben so.

Ich wurde gefragt: Wie stellen Sie sich die Steuerung vor? – Herr Hansel, glaube ich, hatte mich das gefragt. Das geht am besten, denke ich, indem verbindlich gefordert wird, zum Beispiel bei akuten Erkrankungen, dass man sich vorher erst einmal erkundigt, was das für mich heißt. Das heißt halt eben, dass man da anruft. Man hat da nicht nur eine automatisierte Stimme, sondern da sitzen wirklich Menschen. Wir haben allein 50 Mitarbeitende in der Leitstelle, wir haben auch eine externe Firma, die uns dabei unterstützt, und die reden mit den Leuten. Wir haben dann auch noch 24/7 Beratungsärzte dort, die in zwei Drittel der Fälle am Ende des Gesprächs ein abschließendes medizinisches Beratungsgespräch geführt haben. Das heißt, der Patient ist danach hochzufrieden. Das ist nicht nur eine automatische Computerstimme, die da stur etwas abfragt, sondern da sitzen Menschen, die sich auch entsprechend um diese Menschen bemühen und am Ende denen mitteilen, in welche Versorgungsebene sie gehören. Inwieweit das für Berlin umsetzbar ist: Natürlich ist es für Berlin umsetzbar, so wie es überall umsetzbar ist. Es braucht den politischen Willen und die politische Ehrlichkeit, das auch den Menschen so zu sagen und somit mitzugehen.

Die Frage der Mehrkosten, ob es für eine Entlastung reicht, wenn man die jetzt tatsächlich ausgleichen würde – ich glaube Herr Zander hatte mich das gefragt –: Ja, es geht nicht nur um Mehrkosten, es geht auch um mehr Personal. Wenn Sie mehr Leistung in diesem Bereich wollen, dann brauchen Sie auch mehr Personal. Wenn Sie mir sagen: Die Bezahlung ist gesichert, Sie bekommen das Personal –, dann ist das gut, dann schaffen wir das. Aber verstehen Sie: Diese Zeiten sind vorbei, Herr Zander. Wir stehen mit dem Rücken an der Wand, sowohl finanziell als auch personell. Wir müssen uns mehr Gedanken machen, wie wir das, was wir

haben – was wirklich mehr als genug ist; Herrgott, 300 bis 340 Milliarden Euro stehen in Deutschland der GKV zur Verfügung –, in Zukunft sinnvoll und medizinisch notwendig einsetzen. Die WANZ-Kriterien, die für Ärzte gelten, müssen auch für die Patienten gelten, meiner Meinung nach, weil wir nur so in Zukunft verantwortungsvoll mit dem umgehen können, wofür wir auch gewählt und auch letztlich eingesetzt sind.

Ob Notdienstpraxen die Rettungsstellen so entlasten, dass dann am Ende quasi mehr Patienten da hingehen: Das mag so gewesen sein, gerade am Anfang. Mittlerweile sehen wir das aber nicht mehr. Wenn wir da sind, ist es tatsächlich pari pari. Das heißt 40 bis 50 Prozent der Patienten kommen zu uns, und die anderen kommen in die ZNA. da passiert also schon eine Entlastung.

Gesundheitskompetenz: Wissen Sie, ich mache den Job jetzt seit über 30 Jahren. Ich bin seit über 30 Jahren Kinderarzt und schon in den Neunzigerjahren war das das Thema: Wir müssen die Gesundheitskompetenz voranbringen. – Ich habe aber nicht das Gefühl, dass sich da irgendwie groß etwas bewegt hat. Es gibt wahnsinnig viele Ideen zu diesem Thema, aber die Tatsache, dass sich unsere Gesellschaft ändert, dass wir immer mehr dazu neigen, uns nur noch ganz kurze Informationen reinzuziehen – alles, was länger dauert als zehn Minuten, wird schon nicht mehr wahrgenommen –, die Tatsache, dass die Kernfamilie gerade in Großstädten nur noch gering funktioniert, dass es Großfamilien schon gar nicht mehr gibt und dass es auch kein familiäres Wissen mehr über Gesundheit gibt, sondern dass sich das Wissen über Google geholt wird – es gibt auch noch andere Dienstleister, nicht nur für diesen –, bedeutet, dass eher weniger Gesundheitskompetenz da ist. Wenn ich sehe, wie viel Mühe wir haben, uns hier in Berlin mal Gedanken darüber zu machen, ob Kids ein Smartphone mit in die Schule nehmen dürfen oder nicht – Sie mögen mir verzeihen, wir haben schon einmal über das Thema diskutiert, und ich weiß, dass Sie eine andere Meinung haben als wir –, aber es gibt tatsächlich Länder und auch Bundesländer, wo das halt eben nicht erlaubt ist. Sie würden auch keine Spielekonsole mit in die Schule geben, aber ein Smartphone ist mittlerweile nichts anderes mehr als eine Spielekonsole, unter anderem. Von daher glaube ich, haben wir da ganz viel Bedarf, uns Gedanken darüber zu machen.

Zur 116117 ist sich ganz oft immer wieder kritisch geäußert worden: Wissen Sie, die 116117 ist damals unter dem Blickwinkel entstanden, die Terminservicestelle einzurichten. Übrigens: Die Terminservicestelle hat mehr Termine, als wir vergeben, weil auch gefragt worden ist, inwieweit die Terminservicestelle überhaupt in der Lage ist, Termine zu generieren. Tatsächlich ist es so, dass sie es kann. Es gibt einige wenige Ausnahmen, darüber habe ich auch hier schon berichtet, wo das nicht der Fall ist. Das Problem bei der 116117 ist, dass sie natürlich auch personell besetzt sein muss. Das muss finanziert werden, und das wird im Moment tatsächlich von uns aus dem Verwaltungshaushalt bezahlt. Möchte man also auch hier eine Verbesserung der Versorgung haben, ist es unbedingt notwendig, die 116117 weiter auszubauen und weiter zu finanzieren. Ich glaube, dass ich mit dem meisten durch bin. Falls ich etwas vergessen habe, stehe ich auch anschließend gerne zur Verfügung, oder wenn Sie wollen, schreiben Sie mir, rufen Sie mich. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Danke, Dr. Ruppert! – Dann kommen wir zu Frau Pfeiffer.

Katharina Pfeiffer (KEH): Ich muss, Gott sei Dank, nicht so viele Fragen beantworten. Zum Thema Broset-Skala kann ich Ihnen tatsächlich gar nicht sagen, ob die Rettungsdienste dort

mit arbeiten. Da müssten Sie sich die Expertise bei der Feuerwehr oder bei den Rettungsdiensten allgemein holen.

Ansonsten ist mir vorhin so etwas aufgefallen – aber das kommt zu dem ganzen Thema, was wir uns von der Politik wünschen –: Ich bin jetzt Krankenschwester und nicht Politikerin, und ich habe am Sonnabend in meinem Dienst in der Notaufnahme mal die Mitarbeiter gefragt: Was soll ich denn mitnehmen, was wünscht ihr euch denn? – Es war eigentlich einstimmig. Sie möchten gesehen werden, also gerade die in der Notaufnahme. Coronaprämien wurden an die Pflege ausgezahlt, die am Bett gearbeitet hat, nicht an die Notaufnahme. Sie werden ganz unfein als Mitarbeiter der Funktionsdienste angesprochen. Sie sind angeblich nicht refinanziert – wir wissen ja, dass es so nicht ist –, aber unter der Pflege ist das eben so. Es gibt keine Personaluntergrenzen für die Notaufnahmen oder generell für die Funktionsdienste. Das sind so Sachen, die die bewegen.

Zum Thema Gewalt: Die sind gar nicht so aufgeregt wie immer alle. Es werden nur die ganz schlimmen Fällen durch die Presse berichtet. Wir können, glaube ich, ganz gut damit umgehen. Wir wissen, wo wir arbeiten, und wir können damit gut umgehen. Wir haben gute Hilfsmittel an der Seite, die wir uns alle selbst organisiert haben, aber so sehr aufgeregt sind die nicht. Was sie sich aber wünschen würden, ist vielleicht auch so eine kleine finanzielle Zuwendungen, eine Gefahrenzulage, wie das vielleicht in den Gefängnissen ist. Das sind alles Sachen, da sind wir wieder bei Finanzierung, und da sind wir dann möglicherweise auch irgendwie wieder in der Politik. Es kommt so eins zum anderen, aber eigentlich möchte die Pflege in den Funktionsdiensten einfach nur gesehen werden. Wie man das politisch umsetzt, kann ich jetzt nicht so sagen, aber vielleicht können Sie sich dazu einmal Gedanken machen.

Ansonsten ist mir vorhin die Frage gestellt worden: Das ging mir am Samstag in meinem Frühdienst auch so, dass die Rettungsstellen von Patienten aufgesucht werden, die da nicht so wirklich viel zu suchen haben und die uns einfach Ressourcen für die wirklich wichtigen Dinge rauben. Da sind wir bei den Pflegeheimen, die ganz regelmäßig und gerade am Wochenende Patienten mit verstopften Blasen, Dauerkathetern schicken. Am Samstag im Frühdienst hatte ich sechs Stück. Wir überlegen ja schon selbst, wie man das irgendwie regeln könnte. Wir wären alle bereit, in die Pflegeheime zu fahren und dort mal den Tag über Katheter zu legen, so etwas. Da sind wir wieder bei einer Finanzierung, bei der rechtlichen Absicherung, aber da könnte man Ideen für diese Patienten aus der Notaufnahme entwickeln. Die werden teilweise mit Rettungswagen dorthin gefahren. Man darf gar nicht drüber nachdenken. Da werden Ressourcen genutzt, die an anderer Stelle dringender benötigt werden. – Ja, das war es von mir. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Frau Dr. Trommler!

Dr. med. Katja Constance Trommler (DGINA): Zur ersten Frage, konkrete Sicherheitsmaßnahmen in den Notaufnahmen: Es gibt sicher ein ganzes Maßnahmenbündel, die wir auch haben. Die Maßnahmen, die man ergreifen kann, sind bekannt. Was wir eigentlich vermeiden wollen, wenn die Patienten zu aggressiv werden, sind Hausverbote. Die mussten wir aber auch schon aussprechen. Teilweise bekommen wir Patienten, die schon die Bändchen aus anderen Rettungsstellen haben, weil sie dort schon Hausverbot haben. Dann werden sie zu uns gebracht und zeigen wieder das gleiche Verhalten. Es ist auch teilweise schwierig, mit solchen Patienten umzugehen, aber wir werden es machen müssen, und die werden dann halt

auch nicht mehr behandelt, um unser Personal zu schützen. Das müssen wir so konkret auch einmal sagen.

Ein wichtiger Aspekt ist da sicher das Warteraummanagement, wenn die Patienten nicht ausreichend informiert sind und nicht gesagt bekommen, warum sie jetzt schon seit sechs Stunden da sitzen und vielleicht auch nur eine Kleinigkeit haben. Die sitzen aber auch acht Stunden wegen eines eingerissenen Fingernagels. Das muss man ehrlicherweise auch sagen. Dann werden die natürlich aggressiv. Ich sehe es am Beschwerdemanagement. Die Beschwerden nehmen zu, und die haben teilweise hanebüchene Inhalt. Es gibt Maßnahmen, wir müssen sie umsetzen, aber es dauert. Es ist sicher, wenn wir Videokameras oder Alarmierungssystem einrichten, auch mit Geld verbunden. Das muss man so sagen.

Zu der Portalpraxis: Das Unfallkrankenhaus Berlin betreibt zusammen mit der KV eine Portalpraxis an den Wochenenden und am Freitag. Von den 68 000 Patienten werden 6 000 bis 7 000 Patienten pro Jahr in diese Praxis, in den kurzen Zeiten, die die Kollegin dort anwesend sind, geleitet. Das ist eine extreme Erleichterung für uns an den Wochenenden. Das hat aber zu keiner extremen Zunahme der Patienten in unserer Notaufnahme geführt. Das muss ich einmal so sagen. Das ist ein wertvolles Instrument für uns. Wir sind extrem dankbar, dass wir die Kollegen haben. Beim Glatteis hatten wir 27. Dezember 2025 115 betroffene Patienten, 270 Patienten insgesamt in der Notaufnahme, und haben, glaube ich, 90 Patienten in die KV-Praxis geleitet. Wenn die Kollegen nicht da gewesen wären, wären wir gnadenlos untergegangen.

Zu den Interhospitaltransporten: Das Problem ist, dass wir als umfassender Notfallversorger die Spitze des Eisbergs sind. Wir können Transporte, oder konnten es bisher, bei der Feuerwehr nur anmelden, wenn wir unsere Intensivkapazitäten erschöpft haben. Erst dann bestand bei einigen Patienten mit viel Geduld bei der Anfrage in der Leitstelle die Möglichkeit, dass wir die auch in andere Häuser transportiert haben. Wie kommen wir in diese Notlage? – Wir haben vier Schockraumversorgungsplätze und wenn die voll sind, dann können wir quasi keine höhergradig eingeschränkten oder versorgungspflichtigen Patienten mehr versorgen, weil der Schockraum der Intensivstation voll ist. Wir haben teilweise umliegende Krankenhäuser, die uns die Patienten abnehmen, aber wir kriegen sie nicht dorthin. Das ist unser Problem. Das hat uns bei einem Patienten acht Stunden und eine volle Arztkraft gekostet, um das zu organisieren. Das können wir nicht jeden Tag und immer zu gewährleisten. Deshalb brauchen wir da eine verlässliche Struktur, die uns die Patienten von A nach B fährt. Wenn die Krankenhäuser sich weiter verdünnen, auch in der Stadt, wird es immer mehr diese Situationen geben, wo diese Transporte zwischen den Krankenhäusern stattfinden müssen.

Ich habe nicht gesagt, dass wir von Obdachlosen überflutet wären. Wir hatten bisher überhaupt keine großen Erfahrungen mit diesen Patienten. Was wir aber festgestellt haben, ist, dass alle Strukturen zur Versorgung im Stadtzentrum sind. Bei uns draußen in Marzahn-Hellersdorf ist gar nichts. Wir haben festgestellt, dass die meisten Unterkünfte erst um 19.00 Uhr aufmachen und früh wieder zu. Patienten, die irgendeine Art von Krankenhauskeim haben, werden überhaupt nicht genommen. Die können wir nicht woanders versorgen. Unsere Mitarbeiter haben inzwischen eine Kleiderkammer eingerichtet. Die werden von uns ernährt und bekommen warme Tees, aber die müssen dann auch irgendwann wieder gehen, weil diese Patienten ganz häufig gar nicht krank sind. Die verstopfen unsere Strukturen in den Rettungstellen, die sollen nicht in die Häuser aufgenommen werden.

Zum Thema Rettungsdienstnovelle: Insgesamt, bundesweit ist die Behandlung vor Ort durch den Rettungsdienst ein ganz wichtiger Aspekt, weil ganz viele Patienten nicht transportiert werden müssen und müssen dann vor allen Dingen auch nicht in die Notaufnahmen transportiert werden. Beispiel wäre: Der Großvater ist aus dem Stuhl gerutscht und kommt nicht mehr hoch –, da fährt bei uns in RTW hin und hilft ihm wieder in den Stuhl, damit er nicht auf dem Boden liegen bleibt. Das kann man vor Ort regeln. Man kann ganz viel mit dem Notarzt Behandlung vor Ort durchführen und dann die Patienten bitten, am nächsten Tag zum Hausarzt zu gehen. Das muss aber gefördert und auch bezahlt werden, denn dieser Transport in die Rettungsstellen führt sekundär zu einer Verstopfung der Rettungsstellen.

Zur Flexibilisierung der Priorisierung: Bisher war es so, wenn der Leitstellendisponent einen Erkrankten so eingeschätzt hat, dass der Rettungswagen oder der Notarzt mit Rettungswagen dorthin fahren muss, dann waren acht bis zehn Minuten Reaktionszeit oder Reaktionsintervall vorgesehen. Das war bei einigen Patienten dringend notwendig, bei anderen überhaupt nicht. Jetzt ist es so, dass nur die allernotwendigsten Fälle so disponiert werden. Die anderen Fälle können mit RTWs mit minderer Qualifikation des Personals, diese RTW-B, disponiert werden, und die haben dann auch teilweise einzuhaltende Ankunftszeiten von bis zu 15 oder 20 Minuten, was die präklinische Versorgung deutlich entspannt. Vor der Einführungsphase wurden nur 40 Prozent oder 45 Prozent der Zeiten erreicht, die vorgeschrieben waren. Jetzt sind es schon über 60 Prozent, was ein deutlicher Erfolg ist. Es entspannt deutlich das Rettungsdienstpersonal. Wenn ich die Leute sehe, sind die wirklich am Limit, die können nicht mehr, weil die nur noch auf der Straße unterwegs sind, am Anfang ihrer Schicht auf den Wagen steigen und am Ende nach zwölf Stunden runterfallen und nicht einmal wieder in ihren Stammwachen aufgeschlagen sind.

Zur Reform der Notfallversorgung für uns: Wir haben als Vorteil, dass wir wirklich, wenn wir das digital hinbekommen, die Daten von den Patienten besser ausgewertet bekommen. Klar sehen wir auch bei unseren fußläufigen Patienten, dass die alle ein Problem haben. Die haben Schmerzen, die haben Sorgen. Wenn wir die weiterleiten, ist es für uns schon wichtig, dass es lokale Strukturen sind, dass wir sicher sind, dass die dort gut aufgehoben sind und teilweise auch am gleichen Tag weiter versorgt werden. Wir haben gerade das DispoAkut-Projekt zusammen mit der KV. Ein sehr tolles Projekt, in dem wir als Notaufnahme in das Terminvergabesystem der KV mit einsteigen können. Die Patienten bekommen am gleichen Tag einen Termin, und, ich glaube, 90 Prozent kommen auch an und lassen sich dort weiter versorgen. Wir haben kaum Rückläufer. Es ist ein sicheres System, es muss nur ausgebaut werden. Na klar gibt es überall Risiken, aber das würden wir, wenn wir alle zusammenarbeiten, schon irgendwie hinbekommen.

Die 116117 zur Patientensteuerung digital: Die Jugend macht alles digital heutzutage, und es gibt sehr gute Apps, mit denen man sich schon mal mit seinem Krankheitsbild selbst einschätzen kann, zum Beispiel die Ada-App. Wenn die schon mal im Vorfeld sehen: Ach, ich bin vielleicht doch nicht so krank, vielleicht kann ich doch erst mal zum Hausarzt gehen und müsste nicht mehr in die Notaufnahme –, ist es schon extrem viel wert. Das neue Projekt von der KV heißt jetzt DispoDigital, da wird es ausprobiert, und wir werden sehen, wie erfolgreich das ist.

Gesundheitskompetenz dauert. Wir gehen an die Schulen, auch als Ärzte, und trainieren, wie man Reanimation macht. Das macht mit Zwölfjährigen total Spaß, ist total erfolgreich, aber es dauert, ehe es ankommt. Wir haben dieses Partyprojekt mit alkoholisierten Jugendlichen. Wir haben das Projekt mit den Silvesterknallern – ich weiß gar nicht, wie das heißt –, was extrem erfolgreich war. Das dauert aber, ehe sich die Wirkung zeigt.

In den Randgebieten gibt es kaum noch Hausärzte. Wir sehen die Patienten immer wieder mit den gleichen Problemen, chronisch Erkrankte, die einfach keine Struktur mehr finden, wo sie sich hinwenden können. Klar kommen die immer wieder. Wir können ihnen auch keine Rezepte ausstellen, dann müssen wir sie an andere Strukturen verweisen. Für uns wäre auch ganz wichtig, wenn wir über IVENA die Disposition der Krankentransporte sehen würden. Im IVENA sehen wir nur, was der Rettungsdienst zu uns bringt und was uns an Kapazitäten genommen wird oder was wir nicht mehr ausgeben können. Der Krankentransport fährt uns häufig viel öfter an und wenn man da ein bisschen mehr Struktur reinbringen könnten, wäre das schon sehr wichtig.

Notfallregister/Data Share Berliner Feuerwehr: Das läuft schon, dass das AKTIN mit integriert wird, wird sicher vergleichbar mit Bayern sein. Das zu vereinheitlichen wäre schon wichtig.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir noch zu Herrn Schreiner.

Marc Schreiner (Berliner Krankenhausgesellschaft): Die Frage des Datenaustausches zwischen Krankenhäusern und Feuerwehr: Da gibt es schon ein Modellprojekt, Herr Franco, bei dem auf den Rettungsmitteln Tablets mitgeführt werden. Da werden die Daten vor Ort eingegeben, die erreichen das Krankenhaus schon vorab. Das Krankenhaus kann sich einstellen. Und der Clou an dieser Lösung ist, dass auch das Krankenhaus dann an die Feuerwehr über denselben Weg zurück berichtet, wie das mit den Patienten weiter verlaufen ist. So kann man die Anlieferungszuordnungsqualitätsentscheidungen besser weiterentwickeln. Das ist ein mittlerweile ziemlich weitverbreitetes Berliner Modellprojekt, und da müssen wir weiter dran arbeiten. Der Vorabaustausch von Daten ist aber ganz wichtig. Da haben wir in Berlin auch ein weiteres Projekt, dass Krankenhäuser trägerübergreifend, wenn der Patient zustimmt, auf Patientendaten auch eines anderen Krankenhauses zugreifen können. So haben wir dann schon Anamnesedaten oder Behandlungsverläufe vorliegen. Das sind Modellprojekte, aber da haben wir in Berlin, schon ein bisschen was erreicht. Das muss allerdings vertieft werden.

Zur Steuerung der Patienten und einer Informationskampagne: Wie kann die aussehen? – Wir denken, das muss in der Breite entwickelt werden. Da braucht es die Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Bildung, dass in einem Unterrichtsfach an den Schulen eine Stunde oder ein gewisser Zeitraum aufgewendet wird, um den Menschen von vornherein eine bessere Gesundheitssystemkompetenz zu verschaffen. Was wir auch brauchen, vielleicht auch brauchen werden, wenn wir in kriegerische Auseinandersetzungen kommen – das ist mittlerweile nicht mehr ausgeschlossen – und nicht wie in Friedenszeiten 700 Millionen Arzt-Patienten-Kontakte im ambulanten oder niedergelassenen Bereich weiterüben können, ist eine höhere Gesundheitskompetenz eines jeden. Dafür müssen wir mit der Landesgesundheitskonferenz eine Information an die Bevölkerung anbieten. Das geht nicht von jetzt auf gleich. Das muss über die nächsten zwei, drei Jahre auch mit einer hohen Intensität entwickelt werden, dass wir wissen, wie man sich innvollerweise mit einem kleinen Stamm an Medikamenten bevorratet,

wie man sich auch Erste Hilfe leisten kann. Da müssen wir hinkommen. In dieser Kombination Gesundheitssystemkompetenz und Gesundheitskompetenz führt das insgesamt vielleicht auch dazu, dass die Inanspruchnahme der Infrastrukturen nicht mehr ganz so grenzenlos ist, wie es im Augenblick geschieht.

Wir haben tatsächlich ein ungesteuertes Leistungsversprechen an jeden einzelnen Versicherten, dass der ohne Steuerung selbst entscheiden kann, in welche Infrastruktur er geht. Das können wir uns auf die Dauer nicht erlauben. Deswegen rufen wir auf, dass es hier eine wirkliche Kraftanstrengung gibt. Das wird das Land Berlin auch nicht alleine können, aber Schulunterricht und Landesgesundheitskonferenz sind in der Hand Berlins; da müssen wir ran. – Die Selbstkompetenz habe ich schon gesprochen.

Pflegeeinrichtungen als Frequent User in den Rettungsstellen – Frau Gebel, Sie haben die Frage gestellt –: Wie kann das verhindert werden, dass Menschen – wir haben es auch hier wieder gehört – mit einfachen Behandlungsbedarfen als Notfälle in die Krankenhausrettungsstellen eingeliefert werden? – Wir hatten bereits ein erfolgreiches Projekt in Berlin, das Berliner Projekt, in dem in Pflegeeinrichtungen festangestellte Ärzte oder zumindest fest kooperierende Ärzte genau diese Situationen verhindert haben, Fehleinstellungen bei der Medikation oder einen Katheter legen. Das haben die Krankenkassen leider aus Kostengründen eingestellt, aber das war ein erfolgreiches Projekt. Vielleicht gelingt es hier mit Nachdenken in der Stadt, dass wir dieses wertvolle Projekt wieder aufleben lassen können. Es hat nachgewiesenermaßen zu deutlich weniger Fehleinweisungen in die Krankenhäuser geführt und war auch für die Qualität für die Bewohnenden in den Pflegeeinrichtungen sehr gut.

Dann kommen wir noch einmal zu der Nothelferregelung und den Obdachlosen und den Nichtversicherten in den Rettungsstellen. Ich möchte an dieser Stelle noch einmal den Beschäftigten in den Rettungsstellen der Krankenhäuser mega Danke sagen für all das, was Sie leisten. Ich habe selbst schon einige Rettungsstellen nachts besucht und habe da die Schichten mitgemacht. Von den dort behandelten Patienten waren ganz überwiegend die Menschen eher soziale als medizinische Notfälle. Die kommen dann in die hochgerüsteten und personell bestqualifizierten Rettungsstellen der Krankenhäuser, um dann entlaust, gewaschen, gekleidet und gespeist zu werden. Die Krankenhäuser können dafür noch nicht einmal etwas abrechnen. Auch bei einem medizinischen Versorgungsbedarf für diese Bevölkerungsgruppe, wenn sie mal anfallen, gibt es für die Krankenhäuser das Problem, dass die Träger der Sozialhilfe, hier die Bezirke im Land Berlin, sich nach wie vor nahezu zu 100 Prozent ihrer Kostentragungspflicht verweigern.

Wir hatten mit Freuden gesehen, dass im Koalitionsvertrag Das Beste für Berlin auf Seite 86 links oben steht: Wir werden mit dieser Verbindlichkeitsstufe für dieses Problem eine Lösung schaffen. – Leider ist das nicht möglich. Wir haben als Berliner Krankenhausgesellschaft wirklich frustrierende Gespräche mit der Sozialverwaltung – das muss man hier auch mal ganz genau sagen – geführt und lernen, aber auch neben einigem guten Willen, der da am Rande mal erkennbar ist, dass das Land Berlin bei diesem § 25 SGB XII, das ist dieser Notelferparagraf, nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten hat. Deswegen werden wir auch bitte mit Ihrer Unterstützung über Ihre Parteien jetzt bei der anstehenden Notfallreform fordern, dass eine pragmatische Lösung für diese steigende Zahl an Fällen gefunden wird, dass die Krankenhäuser für die Versorgung von Nichtversicherten in der Rettungsstelle vergütet werden. Man könnte mal darüber nachdenken, dass man den Nothelferanspruch, der nach ungünstiger Rechtsprechung auf den Patienten selbst übergeht, abgetreten werden kann. Das wäre, glaube ich – Abtretungen im Sozialrecht sind nicht leicht –, vielleicht mal ein Weg, weil die Situation wirklich sehr unbefriedigend ist.

Ein Obdachloser, der ohne Hose auf die Straße geschickt wird: Ja, das wäre bedauerlich, wenn es so wäre, aber die Krankenhäuser sind auch nicht da, um die die Menschen auch noch zu kleiden, Herr Düsterhöft. Ich habe es ja selbst miterlebt: Die Beschäftigten in den Rettungsstellen selbst, die da ohnehin schon Großes leisten, stiften aus privaten Mitteln Kleiderkammern, weil die Kleidung von Obdachlosen oft aus teils wirklich verdreckten Klamotten besteht, mit denen die Menschen auch gekleidet werden. Wenn es dann im Einzelfall mal nicht dazu kommt, dass jemand noch eine neue Hose bekommt, dann ist das bedauerlich, aber das ist am Ende auch nicht die Verantwortung der Krankenhäuser. Ich möchte hier auch noch mal an der Stelle betonen: Die Beschäftigten, gerade in den Rettungsstellen als Anlaufpunkt für diese vulnerable Gruppe, leisten wirklich sehr viel und dafür gebührt diesen Menschen herzlichsten Dank. – Ich danke Ihnen!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Jetzt habe ich noch eine kurze Meldung von Frau Breitenbach. Herr Ruppert wollte auch noch etwas sagen.

Elke Breitenbach (LINKE): Zwischendrin hatte ich überlegt, die Wortmeldung zurückzuziehen, jetzt nicht mehr. Dass ich jetzt hier noch einmal darauf hinweisen muss, dass alle den Frust über das Gesundheitssystem irgendwie in sich haben – ich könnte jetzt auch noch ein paar Geschichten erzählen, wie das Leben als Kassenpatientin so ist; das spare ich mir.

Was die Obdachlosen angeht, möchte ich einige Dinge sagen: Wir alle, Herr Schreiner, tragen die Verantwortung dafür, dass Menschen in Berlin nicht auf der Straße verrecken. Da gehören die Krankenhäuser dazu, aber wir auch. Ich finde auch nicht, dass man den Krankenhäusern die alleinige Verantwortung übergeben kann. Trotzdem wissen wir auch, wenn Sie auf der Straße leben und Sie eine Verletzung haben, dann hat die oft ganz andere Auswirkungen als für Menschen, die eine Wohnung haben, nach Hause gehen und sich entsprechend versorgen können. Irgendwo müssen die Menschen hin. An dieser Stelle möchte ich noch einmal sagen, dass es mitnichten so ist, dass es in der Innenstadt überall irgendwelche Strukturen gibt, die die medizinische Versorgung von obdachlosen Menschen regeln. Es gibt einzelne Praxen für obdachlose Menschen und dort arbeiten die Ärztinnen und Ärzte in der Regel ehrenamtlich und sind da auch nicht 24 Stunden. Das ist im Ehrenamt in der Regel nicht der Fall. Es gibt diverse Ideen, aber bisher hatten wir immer einen Konsens, dass wir sagen: Erstens müssen wir uns um die medizinische Versorgung von obdachlosen Menschen kümmern, und zweitens

darf es nicht immer darauf hinauslaufen, dass wir sagen – und das haben wir jetzt ja –, dass es besondere Strukturen braucht.

Herr Schreiner! Ich gebe Ihnen an einer Stelle recht, und dann schaue ich die Senatsverwaltung an, dass die Krankenhäuser auf ihren Kosten sitzenbleiben. Da würde ich darum bitten, dass es Gespräche mit den Bezirken gibt, was eigentlich deren Problem ist, dass sie ihre Verantwortung wegdrücken und nicht erst seit gestern, sondern seit vielen Jahren. Wir hatten auch viele Gespräche. Ich kann an dieser Stelle noch einmal sagen, dass ganz viele Krankenhäuser sich wirklich sehr um die obdachlosen Menschen kümmern. Wir wissen alle, dass das in der Regel nicht schön ist. Die riechen nicht gut, die sind alkoholisiert. Egal wie, es sind Menschen, und was dort geleistet wird, ist super. Aber noch einmal: Die Welt ist nicht nur schwarz und weiß. Es gibt auch Krankenhäuser, und es gibt auch Beschäftigte, die nicht gut mit obdachlosen Menschen umgehen. Herr Düsterhöft hat vorhin keine Märchenstunde gemacht, sondern wir erleben das immer wieder. Menschen im Winter ohne Hose auf die Straße setzen ist nicht nur einfach mal so, das führt zu einer gesundheitlichen Einschränkung und gesundheitlichen Gefährdung. Auch diese Beispiele haben wir immer wieder.

Aber ja, Herr Schreiner, wenn wir hier als Politikerinnen und Politiker von Fällen erfahren, dann sind es die Fälle, dass die Menschen in Kältehilfeeinrichtungen abgeschoben werden, die übrigens nicht anderes sind als Einrichtungen, die verhindern, dass Menschen auf der Straße erfrieren. Die haben dort keine Kompetenz, Menschen medizinisch zu versorgen. Wenn die Krankenhäuser die Menschen in die Kältehilfeeinrichtungen bringen lassen, ist das Problem nur verschoben. Die Leidtragenden sind immer die obdachlosen Menschen. Deshalb brauchen wir dafür eine Lösung. – Ich bin sofort am Ende, aber jetzt haben alle einmal ihr Wissen dazu kundgetan, und das möchte ich jetzt auch. Ich möchte nicht mehr, dass solche Sätze gesagt werden – und ich bitte Sie aufrichtig –, dass diese Menschen irgendetwas „verstopfen“. Die verstopfen nicht Ihre Notaufnahmen! Es gibt keine anderen Stellen, wo sie hingehen können, um ihre medizinische Versorgung abzuholen. Das müssen alle verstehen. Auch das sind Menschen, außer irgendjemand hier sagt, dass das keine Menschen sind, die können verrecken. Das war aber bisher nicht der Ton in Berlin. – [Zuruf] – Jeder, der hier irgendwo hingehet, verstopft dieses System. Das sind nicht nur Obdachlose!

Vorsitzende Silke Gebel: Wir hatten heute eine Anhörung zum Thema Rettungsdienstnovelle. Wenn wir hier Aussprachebedarf zum Thema Obdachlosenversorgung haben, dann müssen wir das als gesonderten Besprechungspunkt machen. Wir sind aber jetzt schon zehn Minuten über der Zeit und haben noch zwei Anträge drauf, die noch nicht vertagt worden sind, aber Herr Ruppert möchte auch noch kurz etwas sagen.

Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin): Ganz herzlichen Dank! – Erst einmal wollte ich mich bei der Senatorin, bei Ihnen Frau Hausdörfer, Frau Frede [phonet.], für die tolle Information am Wochenende bedanken. Wenn wir etwas aus Treptow-Köpenick gelernt haben, dann ist es, glaube ich, Informationen weiterzugeben. Das hat wirklich supergut funktioniert. Vielen Dank! – Im Zuge dessen konnten wir auch sehr schnell reagieren. Wir haben die Postleitzahlenliste der betroffenen Bereiche heute bekommen, wir haben eruiert, dass es sich dabei um 136 Praxen und etwa 70 Psychotherapeutenpraxen handeln könnte, die davon betroffen sein könnten. Weil das doch eine hinreichend hohe Zahl ist, haben wir Ihrem Wunsch stattgegeben und haben die Notdienstpraxis am Campus Benjamin Franklin heute ab 12.00 Uhr geöffnet. Der Dienst ist jetzt schon für Mittwoch organisiert, wird noch für Dienstag und Donnerstag

organisiert, und dann kommt die normale Wochenendregelung. Wir haben auch darüber hinaus auch angeboten, dass der EWÖD [phonet.] die Notunterkünfte gerne anfahren kann, sofern das medizinisch notwendig ist. Bitte melden Sie sich bei uns. Noch einmal auch den Dank an die Feuerwehr! Auch hier hat die Zusammenarbeit, wie immer, nachdem wir einen guten Kooperationsvertrag geschlossen haben, sehr gut funktioniert.

Vielleicht noch eine Bitte an die Patienten: Es kann mit den Hausbesuchen jetzt wirklich ein bisschen länger dauern, erstens weil es oft so ist, dass die Ärzte vor der Situation stehen, dass die Ampeln nicht funktionieren und die Verkehrsverhältnisse dadurch etwas gestört sind und zweitens die Klingeln im Übrigen nicht funktionieren, die brauchen auch Strom, auch die Fahrstühle manchmal nicht. Es kann durchaus ein bisschen länger dauern. Auch unsere berühmte-berühmte Berlin-App, mit der wir unsere Fahrzeuge disponieren, braucht Strom und Internet. Wenn es in dem Bereich kein Internet gibt, müssen die erst aus dem Bereich raus, um neu disponiert zu werden. Alles ist ein bisschen schwieriger als sonst, aber wir sind dran! – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Okay! – Zu der Anhörung zum Thema Rettungsdienst hat jetzt niemand mehr etwas zu sagen? – Super, dann würde ich diese Anhörung einmal vertagen, bis das Wortprotokoll vorliegt und ausgewertet werden kann. – Ich bedanke mich bei den Anzuhörenden für Ihre Zeit, dass Sie heute da waren und für Ihren Einsatz für diese Stadt. Danke schön! Kommen Sie gut in die weitere Woche und bleiben Sie gesund, rutschen Sie nicht aus.

Punkt 4 der Tagesordnung

Antrag der Fraktion Die Linke
Drucksache 19/1792
Hitzeschutzplan für Berlin entwickeln

[0277](#)
GesPflieg(f)
StadtWohn
UK
Mobil

Vertagt.

Punkt 5 der Tagesordnung

Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD
Drucksache 19/1994
**Belehrung nach §§ 42 und 43 IfSG („Rote Karte“)
digitalisieren**

[0297](#)
GesPflieg(f)
DiDat

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 6 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.