

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum  
Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit  
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung  
(NotfallGesetz - NotfallG)**

Stand: 03.06.2024

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Der DPR bedankt sich für die Möglichkeit, zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für einen Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (NotfallGesetz – NotfallG) Stellung nehmen zu dürfen.

Die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung mit Festlegung von Fristen zur Erreichbarkeit der Akutleitstelle, konkreter Vermittlung von vertragsärztlichen Akutterminen (inkl. telemedizinischer Beratung) und das Aufrechterhalten von Hausbesuchsdiensten von Hilfesuchenden, die nicht eigenständig eine vertragsärztliche Versorgung aufsuchen können, sind wesentliche Bausteine zur Verbesserung der Notfallversorgung in Deutschland. Der DPR begrüßt daher eine Reform der Notfallversorgung mit dem Ziel einer bedarfsgerechteren Steuerung Hilfesuchender, um Fehlsteuerungen sowie zunehmende Fehl- und Unterversorgung zu vermeiden. Damit beispielsweise Notaufnahmen zielgerichteter aufgesucht und vorhandene personelle Ressourcen adäquater eingesetzt werden können, weist der DPR jedoch verstärkt und wiederholt darauf hin, die Versorgungsbereiche im Sinne einer sektorenübergreifenden Ausrichtung besser zu vernetzen und alle am Versorgungsprozess Beteiligten miteinzubeziehen. Ziel

Analog zu anderen Gesetzgebungsverfahren richtet sich auch die Reform zur Notfallversorgung, jedoch unzureichend an der Nutzung vorhandener Strukturen und berufsgruppenspezifischen Kompetenzen aus. Sie unterstützt damit ein System, dessen Ineffektivität mehrfach kritisiert wird.

Der DPR fordert daher erneut eine Stärkung der Handlungsautonomie für die Pflegeprofession, v.a. betreffend den Einbezug pflegerischer Kompetenzen insbesondere in der Notfallversorgung in Deutschland, jedoch auch der Stärkung nicht-medizinischer Primärprävention und Gesundheitsförderung. Bis jetzt bleiben die Potentiale der Berufsgruppe bei notwendigen Reformen im Gesundheitswesen weitestgehend unberücksichtigt. In der vierten Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung wird ebenfalls auf vorhandene Defizite in der notfallmedizinischen Professionalisierung im ärztlichen sowie im pflegerischen Bereich verwiesen. Um die Notfallversorgung grundlegend resilienter zu gestalten, ist jedoch die professionelle Zusammenarbeit aller Akteur:innen durch reformierte berufsrechtliche Rahmungen und eine Neuverteilung von Kompetenzen abzusichern. Die interdisziplinäre und interprofessionelle Vernetzung verschiedener Sektoren muss für die Verbesserung der Patient:innensicherheit und der Qualität der Versorgung von Personen in Notfallsituationen sowie deren An- und Zugehörigen in den Blick genommen werden (SVR, 2023).

Für die Profession Pflege können durch notwendige Strukturreformen und veränderte Rahmenbedingungen Potenziale entfaltet und Voraussetzungen geschaffen werden, damit zum einen eine sektorenübergreifende Versorgung ermöglicht wird, zum anderen akademisch ausgebildete Pflegenden pflegfachliche Heilkunde ausüben und ihre erworbenen Kompetenzen aktiv für eine abgestimmte interprofessionelle Zusammenarbeit einbringen können. Nur so kann eine gemeinsame Entwicklung und Umsetzung von Konzepten insbesondere im Bereich des ambulanten Katastrophen- und Notfallmanagements ermöglicht und schließlich umgesetzt werden (SVR 2024).

Im vorliegenden Entwurf wird betont, dass es Defizite bei der effizienten Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene gibt. Hierfür ist die Geburtshilfe ein beispielhafter Bereich, der bei der Zielsetzung dieser Reform unbedingt mitgedacht und verbessert werden sollte. Auch hier werden Fachkräfte nicht effizient und angemessen ihrer Kompetenzen eingesetzt, was zu Überlastungen des Personals und zu Unter- und Fehlversorgung der Patient:innen führt. Hierzu verweist der DPR auf die Stellungnahme des DHV und den Vorschlag, wie die geburtshilfliche Versorgung in die Systematik der Integrierten Notfallzentren (INZ) eingebaut werden sollte.

### **Der Einbezug vorhandener pflegerischer und die Schaffung dezentraler regionaler Versorgungsstrukturen sind Voraussetzung die Notfallversorgung wirkungsvoll zu reformieren**

Pflegfachpersonen verfügen über vielfältige und weiterführende pflegerische und medizinische Kompetenzen in allen Versorgungsbereichen. Zudem erhöht eine bereits vorhandene medizinisch oder pflegerische Bedarfslage die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Notfallereignisses.

Internationale Erfahrungen legen nahe, dass eine pflegfachliche und wohnortnahe Notfallversorgung von Patient:innen und Pflegebedürftigen die Zuweisungen in die Notaufnahme besser koordiniert und sogar verringert. Die Übernahme dieser Verantwortung und die Sicherstellung deutlich erweiterter Aufgaben- und Kompetenzbereiche der Pflegefachberufe ist insbesondere Pflegepersonen mit akademischer Ausbildung oder Weiterbildung im Bereich der Notfallversorgung zuzusprechen. So sind akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen dazu befähigt, eigenständig Assessments und Maßnahmen/Interventionen zur Gesundheitsversorgung durchzuführen. Auch können qualifizierte und akademisch ausgebildete Advanced Practice Nurses (APN) mit entsprechenden Handlungsbefugnissen gemeinsam mit niedergelassenen Ärzt:innen die Notfall- und auch die Basisversorgung, Prävention und Gesundheitsversorgung vor Ort besser, zielgerichteter und vorausschauender planen und durchführen.

Um beispielsweise vermeidbare pflegeheimsensitive Krankenhausaufenthalte zu reduzieren, sollte für Einrichtungen der stationären Langzeitpflege die Vorhaltung einer basalen Diagnostik- und Behandlungsausstattung (beispielsweise EKG- oder Ultraschallgerät, Infusionsbestecke, Katheter) sowie die Vorhaltung von ausgewählten Notfallmedikamenten festgelegt und ermöglicht werden (Valk-Draad et al., 2023). Der DPR empfiehlt nachdrücklich, das Augenmerk verstärkt auf dezentrale, regionale Versorgungsstrukturen mit vorrangiger Nutzung ambulanter Betreuungs- und Versorgungsangebote zu legen, um eine unangemessene Einschätzung von Betroffenen zu vermindern und die Notfall- und Akutversorgung zu entlasten. Dies führt zu einer Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Begleitung chronisch kranker Menschen sowie zu einem Ausbau von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention (SVR 2024).

Zunehmende, oft nicht indizierte Einsätze und teilweise insuffiziente ambulante Notfallstrukturen, insbesondere im ländlichen Raum bei gleichzeitigem reduzierten Klinikangebot, sind Alltag im Rettungsdienst. Zudem bringen sich Patient:innen selbst in das häufig nicht leicht zu durchschauende dreigliedrige System der Notfallversorgung, bestehend aus vertragsärzt-

lichem Notdienst, den Notaufnahmen der Krankenhäuser und dem Rettungsdienst, ein. Die bislang fehlende Verzahnung der Krankenhausreform mit der Reform der Notfallversorgung sowie eine stärkere Vernetzung der drei Systeme untereinander auf der Ebene einer als zentrales Element der Patient:innensteuerung ausgestalteten „Gesundheitsleitstelle“ zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene sind als ergänzende Aspekte zu bereits erläuterten Punkten dringend geboten. An dieser Stelle sehen wir die Einbindung von Community Health Nurses, wie dies in Ländern, wie Schweden bereits erfolgreich umgesetzt wird, angezeigt. Da die:der Patient:in den Notfall für sich individuell definiert, muss das Versorgungssystem adäquate Reaktionsmöglichkeiten bereithalten. In diesem Zusammenhang sind diese v.a. in Leitstelle auszubauen, z.B. durch die Disposition des vertragsärztlichen Notdienstes, von „Gemeinde-Notfallsanitäter:innen“ in Zusammenarbeit mit CHN, den Zugriff auf Pflegenotdienste oder ähnliche niedrigschwellige Versorgungsangebote, auch im Kontext telemedizinischer Möglichkeiten. In diesem Zusammenhang erlangt die Vermeidung von rettungsdienstlichen Einsätzen eine zunehmend größere Bedeutung. Dies dient einerseits den Patient:innen, andererseits können die Notfallstrukturen entlastet werden, indem durch präventive Einsatzmodelle niedrigschwellige bzw. nicht zeitkritische Einsätze vermieden werden.

Hierfür ist die außerklinische Versorgungskompetenz auch des Rettungsdienstes zur Vermeidung von ambulanten Transporten in Notaufnahmen im Sinne eines „vorbeugenden Rettungsdienstes“ (aufsuchende Präventivdienste, ggf. inkl. sozialer und pflegerischer Komponenten) zu stärken. Des Weiteren ist die Schaffung entsprechender vernetzter Strukturen an den Schnittstellen zu ambulanten Versorgern erforderlich. Dazu gehört auch die Stärkung der Selbsthilfefähigkeit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung.

Community Health Nurses (CHN) als APN leisten in den Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung und Prävention und in der Versorgung chronisch kranker Menschen hier einen wichtigen Beitrag. Dazu zählen u.a. edukative Angebote im Rahmen der pflegerischen Begleitung, wie Aufklärung, Information, Anleitung und Beratung, womit die Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischen Erkrankungen gestärkt, ihre Resilienz, Eigenverantwortung sowie Selbstbestimmung gefördert werden und Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI hinausgezögert oder gar vermieden werden kann (SVR 2024). Fehlsteuerungen, die eine Versorgung in Notaufnahmen, Rettungsdiensten und Krankenhäusern notwendig machen, werden somit abgemildert, eine stabile Vernetzung professionsübergreifender Strukturen von präventiven (bspw. regionale Quartierspflege) und kurativen Angeboten der Gesundheitsversorgung gleichfalls gefördert. Aus pflegfachlicher Sicht ist es dringend geboten, im Rahmen einer zu etablierenden Qualifikationsoffensive pflegerische Kompetenzen für die Notfallversorgung auszubauen und berufsgruppenübergreifende Schulungen für die interprofessionelle Kooperation, Kommunikation und Beratung in Notfallsituationen anzubieten (Valk-Draad et al. 2023). Mit gezieltem Kompetenzaufbau kann eine stabile und hochqualifizierte Absicherung der Versorgungssituation hergestellt und perspektivische Hospitalisierungen reduziert werden.

In Ergänzung zu den Ausführungen der Regierungskommission, weist der DPR darauf hin, dass die Effektivität der Maßnahmen von Akutleitstellen und integrierten Notfallzentren sowie die Abbildung und Prüfung sektorenübergreifende Patient:innenpfade nur durch ein bundeseinheitliches Register beurteilt werden kann.

## **Prävention ist der Schlüsselfaktor zur Reduzierung von Notfallereignissen**

Sich verändernde Bedarfe und Bedürfnisse hilfeschender Menschen verlangen nach neuen Strukturen im Gesundheitssystem. Ziel muss es sein, Fehlsteuerungen und Überlastungen zu vermeiden und eine ressourcenschonende Notfallversorgung zu etablieren. Von allen Gesundheitsberufen und in allen gesellschaftlichen Teilbereichen muss in diesem Zusammenhang – unter Abwägung der Verhältnismäßigkeit zwischen Kosten und Nutzen – ein stärkerer Fokus, in Ergänzung vorausgegangener Erläuterungen, auf eine effektive Primärprävention und Gesundheitsförderung gelegt werden. Eine Reform der Notfallversorgung sollte daher unbedingt von einer Reform der anderen Versorgungsstrukturen begleitet werden (SVR 2024). Im Koalitionsvertrag werden diese beispielsweise mit der Einführung von Gesundheitskiosken geplant, die als neues Angebot niederschwellige Zugänge zu Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie zu Beratungs- und Unterstützungsleistungen ermöglichen (Schaeffer/Hämel/Ewers 2015). Dabei haben Maßnahmen der Primärprävention sowie der Gesundheitsförderung ein hohes Potenzial, den morbiditätsbedingten und pflegerischen Bedarf und damit den Bedarf von Pflegefachpersonen und anderer Gesundheitsfachberufe zu reduzieren (SVR 2024). In randomisiert-kontrollierten Studien konnten beispielsweise bereits entsprechende Hinweise für die Wirksamkeit psychosozialer Unterstützung zur Prävention psychischer Erkrankungen gezeigt werden (HaGani et al. 2023). Einhergehend mit einer Reform anderer Versorgungsstrukturen sollten notwendigerweise auch gesetzliche Vorgaben im Sinne eines erweiterten Handlungsrepertoires für eigenständige auszuführende Aufgaben von Pflegefachpersonen angepasst werden (SVR 2024).

Insbesondere sind entsprechend der Erläuterungen und den Empfehlungen der Regierungskommission, zur Berücksichtigung der Rolle von Pflegefachpersonen im Versorgungsprozess, somit auch der Notfallversorgung, pflegerische Vorbehaltsaufgaben nach § 4 Pflegeberufegesetz entsprechend folgenden Ausführungen vorzunehmen.

An dieser Stelle weist der DPR erneute darauf hin, dass (akademische) Pflegefachpersonen neben der Vermeidung eines medizinischen Notfallereignisses einen nicht unerheblichen Beitrag zur Reduzierung pflegerischer Bedarfslagen leisten, u.a. im Hinblick einer personenzentrierten Ressourcenorientierung sowie der Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen.

### **Änderungsvorschlag des § 15 Absatz 1 SGB V**

#### **Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte**

Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten und Zahnärzten erbracht, soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist. Sind Hilfestellungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden. **Die Regelungen zu pflegefachlichen Vorbehaltsaufgaben in § 4 Pflegeberufegesetz bleiben davon unberührt sowie gesetzlich verankerte erweiterte pflegerische Kompetenzen.**

### **Änderungsvorschlag des § 28 Absatz 1 SGB V**

#### **Ärztliche und zahnärztliche Behandlung**

Die ärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. **Die Regelungen zu pflegefachlichen Vorbehaltsaufgaben in § 4 Pflegeberufegesetz bleiben davon unberührt sowie gesetzlich verankerte erweiterte pflegerische Kompetenzen.** Die Partner der Bundesmantelverträge legen für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche

Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

#### **Änderungsvorschlag des § 70 Absatz 1 SGB V**

##### **Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit**

Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und **pflgewissenschaftlichen** Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

## **Zu Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### Zu Nummer 2 b), § 75 Absatz 1b SGB V – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

#### **Die Rolle von Pflegefachpersonen im Rahmen des Sicherstellungsauftrages**

Anknüpfend an die erläuterten Aspekte der Stärkung der Profession Pflege sowie die sich daraus ergebenden Potenziale, die u.a. vom SVR gefordert werden, gilt es im Rahmen des Inhaltes und Umfangs betreffend des Sicherstellungsauftrages pflegefachliche Aufgabebereiche, insbesondere vorbehaltliche Aufgaben miteinzubeziehen.

#### **Änderungsvorschlag § 75 Absatz 1b Satz 6 SGB V**

Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragsärztliche Erstversorgung 24 Stunden täglich in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist; sie beschränkt sich auf die kurzfristig erforderlichen Maßnahmen (notdienstliche Akutversorgung). Die notdienstliche Akutversorgung umfasst auch die Feststellung und Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von Arzneimitteln. [...]

3. einen aufsuchenden Dienst 24 Stunden täglich

sicher (Notdienst). Zur wirtschaftlichen Erfüllung der Aufgaben nach Satz 4 Nummer 2 und Nummer 3 sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander sowie mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Erfüllung der Aufgabe nach Satz 4 Nummer 3 qualifiziertes *nichtärztliches Personal* **Pflegefachpersonal** ~~unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung~~ **mit Beachtung pflegerischer Vorbehaltsaufgaben nach § 4 Pflegeberufegesetz und erweiterter Kompetenzen für die jeweiligen Versorgungssettings, sowie andere am Versorgungsprozess beteiligte Gesundheitsfachberufe einsetzen. [...]**

### Zu Nummer 11, § 123 SGB V – Integrierte Notfallzentren

#### **Versorgungsrelevante Informationsnutzung und -weiterleitung**

Der DPR weist darauf hin, dass im Referentenentwurf pflegerische Versorgungsstrukturen bei der digitalen Fallübergabe berücksichtigt werden müssen. Die Vernetzung aller beteiligten Akteur:innen, z.B. ambulante Pflegedienste oder voll- bzw. teilstationäre Pflegeeinrichtungen mit der Kooperationspraxis und dem Integrierten Notfallzentrum stellt die Voraussetzung für eine lückenlose Weiterversorgung dar.

## **Änderungsvorschlag § 123 Absatz 1 Satz 5**

### **Integrierte Notfallzentren**

Innerhalb des Integrierten Notfallzentrums erfolgt eine digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat unter Beachtung der geltenden verbindlichen Festlegungen nach § 385 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1. Für die Versorgung von Akutfällen während der Sprechstundenzeiten außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen geeignete, im Umkreis des Krankenhausstandortes gelegene Vertragsärzte ~~und~~, medizinische Versorgungszentren (Kooperationspraxen) **und Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege** mit in die Kooperation einbinden. Eine Kooperationspraxis muss so mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass eine zeitlich nahtlose, rückverfolgbare und digitale Fallübergabe in einem Datenformat nach Satz 5 sichergestellt ist.

### Zu Nummer 11, § 123 SGB V – Integrierte Notfallzentren

#### **Einbezug pflegfachlicher und pflegewissenschaftlicher Expertise bei Regelungsvorhaben des Gemeinsamen Bundesausschusses**

Anknüpfend an die vorangegangenen Ausführungen, welche die Notwendigkeit des Einbezugs aller am Versorgungsprozess und somit auch im Rahmen der Notfallversorgung beteiligten Akteur:innen begründen, sind die Vorgaben, die durch § 123 Integrierte Notfallzentren geregelt werden, dahingehend anzupassen.

So sind in der Erstellung einer Richtlinie von Seiten des Gemeinsamen Bundesausschusses, pflegerelevante Aspekte durch Einbezug pflegfachlicher und pflegewissenschaftlicher Expert:innen/Gesellschaften und Pflegeverbände sowie im Sinne des § 4 Pflegeberufegesetzes entsprechend vorbehaltender pflegerischer Aufgaben unbedingt zu beachten.

## **Änderungsvorschlag zu § 123 Absatz 3 Satz 4**

[...] Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie nach Satz 1 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften **verschiedener Wissenschaftsdisziplinen (z.B. Medizin, Pflegewissenschaft) und Pflegeverbänden** Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung miteinzubeziehen. [...]

### Zu Nummer 12, § 123a Absatz 2 – Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

#### **Personelle Besetzung in Notfallzentren konkretisieren und interprofessionell ausrichten**

Für die Neuausrichtung einer qualitativ hochwertigen Notfallversorgung muss ausreichend und qualifiziertes Personal zu jeder Zeit und in Abhängigkeit der Fallschwere bereitgestellt werden.

In Bezug auf ihre personelle Besetzung und Qualifikation sind Notaufnahmen bislang äußerst heterogen ausgestattet. Erkenntnisse zur Ermittlung des Personalbedarfs, insbesondere der Notwendigkeit der pflegfachlicher Personalausstattung, die auch Teil der Weiterentwicklung der PPR 2.0 nach § 137I SGB V ist, sind miteinzubeziehen und evaluierte Instrumente oder Ansatzpunkte in einer Rechtsverordnung schnellstmöglich zu verankern. Das Heranziehen der Anzahl der Patient:innenkontakte (abzugrenzen von der Fallzahl) muss durch den Einbezug der mittleren Personalbindungszeit erweitert werden, wobei auch hier eine zeitnahe Evaluation und Weiterentwicklung nötig ist. An dieser Stelle ist auf das Expert:innenpapier des DPR zur „Personalbesetzung Notaufnahme“ vom 23.06.2023 mit weiterführenden Informationen zu verweisen. Vorgaben zu Pflegefachpersonalschlüsseln mit differenzierten Qualifizierungsniveaus und Pflegepersonaluntergrenzen in Notaufnahmen müssen darüber hinaus dringend konkretisiert werden.

Im Sinne einer interprofessionell ausgerichteten Notfallversorgung bedarf es im Rahmen der Einrichtung Integrierter Notfallzentren den Einbezug und die Anwendung von Instrumenten zur Ermittlung von Personalbedarfen sowie notwendiger Qualifikationen, die entsprechend aktuellen Entwicklungen zu erweiterten Kompetenzen stetig zu prüfen sind. Diesbezüglich sind auch die Beachtung von vorhanden ambulanten oder stationären pflegerischen Einrichtungen und die dort vorzufindenden Strukturen, insbesondere pflegerischer Qualifikationsniveaus und/oder quartiersbezogenen pflegerischen Versorgungskonzepten unbedingt erforderlich, um die Ziele dieser Gesetzgebung zu erreichen. Hierfür bedarf es einer interprofessionellen Gremienstruktur, dass unter Einbezug aller am Versorgungsprozess Beteiligten und im Rahmen eines Notfallereignisses, entsprechend ausgerichtet und besetzt ist. Nur hierdurch können nachhaltige und ressourcenschonende Effekte erzielt, wie auch die Qualität der Versorgung von Hilfesuchenden verbessert werden.

In ihrer vierten Stellungnahme empfiehlt die Regierungskommission die Förderung spezialisierter Bildungsangebote für Pflegeberufe im Bereich der Notfallmedizin durch die Einrichtung postgradualer, konsekutiver Masterstudiengänge. Im Rahmen der Spezialisierung von Pflegekräften erfolgt eine zunehmende Befähigung zur eigenständigen Behandlung definierter Notfälle oder Teilaspekten von Notfällen. Denn Pflegefachpersonen stehen in Notfällen insbesondere während Katastrophen- und Krisensituationen unmittelbar an vorderster Stelle und benötigen je nach Qualifikationsniveau sowohl ein grundlegendes als auch ein umfassendes Verständnis über Katastrophen, um schnell, effektiv und professionell handeln zu können. Dies gilt für alle Settings, von ambulanten bis hin zu klinischen Bereichen (vgl. Eid-Heberle & Burt, 2023). Es ist darauf zu achten, bestehende Pflegebildungsstrukturen in einer bundeseinheitlichen Pflegebildungsarchitektur zu harmonisieren und differenzierte pflegerische Kompetenz- und Aufgabenbereiche auf den jeweiligen Qualifikationsstufen für die Themenbereiche der Notfall- und Katastrophenhilfe festzulegen (entsprechend DQR-Stufen Niveau). Konkrete pflegerische Rollen und Aufgabenprofile müssen zudem in einem bundeseinheitlichen „Scope of Practice“ auf dem Ausbildungs- sowie Bachelor- und Masterniveau formuliert werden.

An dieser Stelle möchte der DPR auch darauf hinweisen, dass eine deutliche Entlastung von Notaufnahmen u.a. nur erreicht werden kann, wenn die im Entwurf ausgewiesenen Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxen nach § 123a Absatz 2 nach 21 Uhr evaluiert und ggf. angepasst werden.

#### **Änderungsvorschlag zu § 123a Absatz 2 Satz 2 Einrichtung von Integrierten Notfallzentren**

Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von sechs Monaten, nachdem der Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums nach Absatz 1 Satz 1 bestimmt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung. Sie richten ein gemeinsames **und interprofessionell besetztes** Organisationsgremium **bestehend aus ärztlichen und pflegerischen Vertretern sowie anderen beteiligten Gesundheits- und Therapieberufen** zur operativen Umsetzung der Zusammenarbeit und eines gemeinsamen Qualitätsmanagements ein. Die Kooperationspartner sind befugt, die für das gemeinsame Qualitätsmanagement erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.

## Zu Nummer 12, § 123a Absatz 2 – Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

### **Beachtung von Katastrophen- und Krisengeschehen mit gesundheitlichen Folgeerscheinungen**

Der DPR merkt an, dass der Referentenentwurf keine Regelungen für die Absicherung einer interprofessionellen Notfallversorgung in Katastrophen- und Krisengeschehen mit gesundheitlichen Folgeerscheinungen formuliert (Pandemien oder Extremwetterereignisse). Gerade Katastrophen (Naturkatastrophen und Havarien) sind durch fehlerhaftes Krisenmanagement, mangelhafte Präventionsmaßnahmen oder durch unzureichende Früherkennung herbeigeführte Großschadensereignisse mit signifikanten und fatalen Auswirkungen auf Systemstrukturen und die Umwelt (Reinhart, 2009, S. 68).

Unabhängig davon, dass pflegebedürftige Menschen aller Altersgruppen einen Anspruch auf eine angemessene und hochwertige professionelle Versorgung haben, gilt es v.a. in Krisen- und Katastrophensituationen möglichst vorausschauend und zügig entsprechende Maßnahmen einzuleiten. So braucht es u.a. verständliche und zügige Informationen und Hilfestellungen, sofern beispielsweise ein sofortiger Ortswechsel bei Evakuierung nötig wird (Deutsches Rotes Kreuz e.V., 2018).

Herkömmliche Mittel und Maßnahmen reichen in Krisensituationen nicht aus, um die negativen Folgen einer sich verschärfenden Gefahren- oder Schadenslage abzuwenden. In seinem Dokument „Nurses: A Voice to Lead“ kennzeichnet der International Council of Nurses (ICN) bereits im Jahr 2019 Epidemien, Pandemien und Gewalt als große globale Gesundheits-herausforderungen und bezieht Pflegefachpersonen aller Qualifikationsstufen im Katastrophenfall sowie die Umsetzung eines erforderlichen Katastrophenmanagementzyklus mit ein. Auch vom Bundesministerium für Gesundheit wird die Relevanz beruflich Pflegenden bei der Sicherstellung gesundheitlich-pflegerischer Akut-, Nach- und Langzeitversorgung in Notfällen, Krisensituationen und Katastrophen erkannt. In den Eckpunkten zum Pflegekompetenzgesetz macht das BMG deutlich, dass Pflegefachpersonen deshalb regelhaft in Institutionen und Gremien bei der akuten Bewältigung wie bei der Planung und Vorbereitung auf Krisensituationen zu beteiligen sind (BMG 2023, S. 3). In der Zusammenschau kann nur durch eine kontinuierliche Zusammenarbeit aller Akteur:innen des Gesundheitssystems mit den Mitarbeiter:innen des Bevölkerungsschutzes und der Katastrophenhilfe und aufbauend auf tragfähige Strukturen in der Notfall- und Akutversorgung gelingend auf zukünftige Extremwetterereignisse und andere Krisensituationen reagiert werden.

Dahingehend fordert der DPR die Sicherstellung eines regionalen passgenauen und umgehend reagierenden Rettungsdienstes, der eng mit dem Zivil- und Katastrophenschutz (nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr) zusammenarbeitet. In diesen Zusammenhang begrüßt der DPR ausdrücklich die im Referentenentwurf angelegte weitere Zuständigkeit der Länder für den Rettungsdienst. Dabei bildet der Rettungsdienst der Hilfsorganisationen die (notfall-)medizinische Brücke zwischen Gefahrenabwehr und Gesundheitswesen (laut. Gesamtverteidigungsrichtlinien des Beschlusses des Bundeskabinetts vom 05.06.2024 – „Gesundheitliche Versorgung“). Dies stärkt die auf den Alltag ausgerichteten Strukturen im Gesundheitswesen und macht sie krisenfester (gesamtgesellschaftliche Resilienz). Denn der Rettungsdienst ist über die medizinisch-pflegerische Versorgung von Notfallpatient:innen hinaus integraler Bestandteil der Gefahrenabwehr und das Bindeglied zum überwiegend ehrenamtlich getragenen gesundheitlichen Bevölkerungsschutz bei niedrigschwelligen Schadenslagen bis hin zum Katastrophen- und Zivilschutz. Diesen Aspekt gilt es, insbesondere auch mit Blick auf die aktualisierten Rahmenrichtlinien Gesamtverteidigung (RRVG), die die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Zivilbevölkerung auch in Krisen- und Konfliktzeiten zum Ziel hat, zu beachten. Im Sinne der Integration der Reformprozesse zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) sind dringend länderbezogene und länderübergreifende Auswirkungsanalysen notwendig.

**Änderungsvorschlag zu § 123a Absatz 2 Satz 4**

**Einrichtung von Integrierten Notfallzentren**

„[...]“

***10. zu Regelungen der Absicherung einer interprofessionellen Notfallversorgung in Katastrophen- und Krisengeschehen mit gesundheitlichen Folgeerscheinungen sowie die Zusammenarbeit mit den Akteur:innen des Bevölkerungsschutz und der Katastrophenhilfe.***

[...]“

Berlin, 25. Juni 2024

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR  
Alt- Moabit 91  
10559 Berlin  
Tel.: + 49 30 / 398 77 303  
Fax: + 49 30 / 398 77 304  
E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)  
[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)

## Quellen

- Deutscher Pflegerat e.V. [DPR] (2023). Reformbedarf in der Notfall- und Akutversorgung aus pflegerischer Perspektive. Positionspapier.
- Deutsches Rotes Kreuz (2018). Die vulnerable Gruppe ‚älterer und pflegedürftige Menschen‘ in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen – Teil 1, Wissenschaftliche Erkenntnisse und Herausforderungen aus der Praxis“, Schriften der Forschung – Band 6, Berlin, 25f.
- ICN. (2019). Nurses: A Voice to Lead: Invest in nursing and respect rights to secure global health (International Council of Nurses, Hg.).
- Regierungskommission Krankenhaus (2023). Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen. Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung.
- Reinhart, Sebastian (2009). Krisen- und Katastrophenmanagement in der EU: Herausforderungen und Möglichkeiten. SIAK-Journal(3), 68–81.
- Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege [SVR] (2024). Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR] (2023). Resilienz im Gesundheitswesen.
- Schaeffer D, Hämel K, Ewers M (2015). Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Beltz Juventa: Weinheim und Basel.
- Valk-Draad M, Bohnet-Joschko S, PSK-Studiengruppe (2023). Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle und Ansätze zur Verringerung der Hospitalisierung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. Bundesgesundheitsblatt (2023) 66, 199–211.