

## 2 Steuerung zwischen ambulantem und stationärem Bereich

Torben Brod und Vera Pedersen

Die Notfallversorgung in Deutschland ist in drei Bereiche mit jeweils eigenständiger Organisation und formal unterschiedlichen Zuständigkeiten gegliedert: die ambulante Notfallbehandlung durch niedergelassene Vertragsärzte, den Rettungsdienst und die Notaufnahmen der Krankenhäuser.

Vor dem Hintergrund steigender Fallzahlen und teilweise anzutreffender Unkenntnis auf Patientenseite über die verschiedenen (Notfall-)Versorgungspfade (Somasundaram et al. 2016), ist diese strikte sektorale Trennung kritisch zu betrachten und eine bessere Patientensteuerung zwischen ambulantem und stationärem Bereich dringend geboten. So sind die vorhandenen ambulanten Angebote der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) regional sehr unterschiedlich und reichen vielerorts nicht für eine umfassende und abschließende ambulante Notfallversorgung rund um die Uhr aus. Ebenfalls ist die sektorübergreifende Kommunikation der Leistungsanbieter untereinander vielfach unzureichend, welches in der Notfallsituation zur Gefährdung der Patientensicherheit, u. a. aufgrund fehlender Vorbefunde, führen kann. Die bestehenden Angebote sind für Hilfesuchende und Außenstehende häufig intransparent, so dass das Krankenhaus mit seiner Notaufnahme, vielerorts die einfachste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Beschwerden darstellt (4. Stellungnahme Regierungskommission 2023).

### 2.1 Reformen der notfallmedizinischen Versorgung

Im letzten Jahrzehnt wurden in Deutschland eine Vielzahl an Reformvorschlägen und Gesetzestexten unterschiedlicher Akteure eingebracht, mit dem Ziel eine Reform

#### IV Prozesse und Schnittstellen



Abb. 1 Reform der Notfallmedizinischen Versorgung (2015–2023) (eigene Darstellung)

der Notfallversorgung zu erreichen und eine sektorübergreifende und ganzheitliche Patientenversorgung sicherzustellen. Während einzelne Vorschläge aufgrund politischer Gegebenheiten nicht über den Status eines Referentenentwurfs hinausgekommen sind, haben andere das Gesetzgebungsverfahren durchlaufen und nehmen nun Einfluss auf die Notfallmedizinische Versorgungsrealität in Deutschland (s. Abb. 1). Vor dem Hintergrund einer dringend notwendigen Verbesserung der Steuerung zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich, werden ausgewählte, der in Abbildung 1 hervorgehobenen Gesetzestexte und Reformvorschläge des letzten Jahrzehnts im Folgenden nähergehend betrachtet.

Ziel des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, welches im Juli 2015 in Kraft getreten ist, war es, trotz sich verschlechternder struktureller und finanzieller Rahmenbedingungen, weiterhin eine gut erreichbare und hochwertige medizinische Versorgung für alle Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Mit Bezug auf die Notfallversorgung wurden die KVen verpflichtet zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) mit geeigneten Krankenhäusern zu kooperieren und diese zur Teilnahme an der vertragsärztlichen ambulanten Notfallversorgung zu ermächtigen (§ 75, 1b).

Wegweisend für die Reform der stationären Notfallversorgung war der G-BA Beschluss zu einem gestuften System von Notfallstrukturen an Krankenhäusern, welcher am 19. April 2018 im Bundesanzeiger veröffentlicht wurde und in Kraft getreten ist. Dieser legte erstmals eine Grundlage für eine differenzierte und aufwandsgerechte Vereinbarung von Notfallzu- und -abschlägen entsprechend den vorgehaltenen Versorgungsstrukturen und ermöglichte eine Einteilung der Krankenhäuser in solche der Basis, erweiterten und umfassenden Notfallversorgung sowie Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen.

Im Rahmen der Debatte um die Neustrukturierung der Notfallversorgung wurde im Juli 2018 das Sachverständigenrats (SVR)gutachten zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung vorgestellt. Das Gutachten wies insbesondere auf die bestehende strikte sektorale Trennung, die stark steigende Inanspruchnahme der Notfallversorgung sowie eine Kette von finanziellen Fehlanreizen (u. a. keine Vergütung von RTW-Leetrasporten) und steigenden Kosten hin. Zentrale Empfehlung der Sachverständigen waren der Aufbau integrierter Leitstellen (ILS) zur besseren Koordina-

## 2 Steuerung zwischen ambulantem und stationärem Bereich

tion von ärztlichem Bereitschaftsdienst und Rettungsdienst sowie die Etablierung von interdisziplinären integrierten Notfallzentren (INZ) in bzw. an einem Krankenhausstandort, um eine zielgerichtetere Patientensteuerung zu ermöglichen und Doppelstrukturen sowie Fehlanreize abzubauen.

Im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) von Juli 2021 wurden die bereits i. R. des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes von 2015 sowie Krankenhausstrukturgesetzes von 2016 getroffenen Regelungen zu ambulanten Notfallstrukturen und Terminservicestellen wiederaufgegriffen und weiterentwickelt, sowie der Auftrag an den G-BA erteilt, Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V an ein Krankenhaus wenden, festzulegen.

Durch das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) aus Mai 2023, welches eine Modifikation des § 120 Absatz 3b SGB V beinhaltete, wurde festgelegt, dass die Weiterleitung von Patienten nach Ersteinschätzung nur an sich am Krankenhausstandort befindliche Notdienstpraxen erfolgen darf. Unter Wahrung der an den G-BA gestellten Frist, veröffentlichte dieser am 06. Juli 2023 den G-BA Beschluss zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung (Ersteinschätzungs-Richtlinie). Aufgrund erheblicher rechtlicher Zweifel und begründeter Vorbehalte bzgl. der Patientensicherheit durch die notfallmedizinischen Fachgesellschaften, wurde der Beschluss durch das Bundesgesundheitsministerium beanstandet und vorerst ausgesetzt.

Das eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens in Deutschland dringend erforderlich ist, kann als unstrittig angesehen werden. Zur Unterstützung der Bundesregierung wurde hierzu im Mai 2022 die im Koalitionsvertrag festgeschriebene Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung gegründet, welche Empfehlungen vorlegen und Ziele für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung formulieren soll. Mit Bezug auf die notfallmedizinische Versorgung sowie die Steuerung zwischen ambulantem und stationärem Sektor, sind hierbei insb. die 4. Stellungnahme zur Reform der Notfall- und Akutversorgung und die 9. Stellungnahme zur rettungsdienstlichen Versorgung bedeutsam, die weiter unten nähergehend betrachtet werden.

Festzuhalten bleibt, dass die gesetzlichen Veränderungen sowie Reformvorschläge mit Bezug auf die Notfallversorgung im letzten Jahrzehnt zusehends die Bedeutung einer Aufhebung der strikten sektoralen Trennung erkannt haben und somit eine erste Grundlage, für die im Jahr 2024 anstehende Gesundheitsreform gelegt haben, deren Dringlichkeit insb. auch für die Notfallversorgung als unbestritten angesehen werden kann.

**Die strikte sektorale Trennung der Notfallversorgung in Deutschland geht mit einer Fehlsteuerung und Fehlversorgung von Patienten einher.**

## 2.2 Möglichkeiten der Patientensteuerung

Die dargestellten Gesetzesvorgaben, Richtlinien und Empfehlungen berücksichtigen die Patientensteuerung zwischen den Sektoren in unterschiedlicher Weise. Im Folgenden werden Möglichkeiten der Patientensteuerung in und zwischen den Sektoren aus Perspektive der verschiedenen Stakeholder Patienten, Vertreter des ambulanten Sektors (Vertragsärzte, Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst), Rettungsdienst und Leitstellen sowie Notaufnahmen bzw. integrierten Notfallzentren dargestellt.

### 2.2.1 Patienten

*„Die Hilfesuchenden definieren den Notfall, das System die Reaktion darauf.“ (4. Stellungnahme Regierungskommission 2023)*

Diese Feststellung definiert die Ausgangssituation jeglicher Inanspruchnahme notfallmedizinischer Strukturen und sie beschreibt das breite Spektrum der Ansprüche unter Berücksichtigung des sehr unterschiedlichen Informationsstandes und der jeweils zur Verfügung stehenden Informationsquellen Hilfesuchender. Im Zentrum der Interessen des Patienten stehen die gute Erreichbarkeit, der geringe Zeitaufwand sowie ein umfangreiches medizinisches Angebot bei möglichst kurzer Behandlungszeit in der Notaufnahme. Viele Notaufnahmen informieren die Hilfesuchenden über ihre Internet-Auftritte über die verschiedenen ambulanten Anlaufstellen und Telefonkontakte (112 und 116 117), die im Notfall weitere Auskunft geben können. Ebenso häufig werden die Regeln der Behandlungsdringlichkeit und die damit verbundenen Wartezeiten erläutert. Ob dies von den Hilfesuchenden genutzt wird und hierdurch die Entscheidung der Hilfesuchenden beeinflusst wird, für die Notfallversorgung eine Notaufnahme am Krankenhaus aufzusuchen, kann nur in standortbezogenen Befragungen ermittelt werden. Aus diesen (Scherer et al. 2017; Somasundaram et al. 2016) wurde jedoch klar, dass eine Patientensteuerung ohne eine grundsätzliche Steigerung der allgemeinen Gesundheitskompetenz (*Health Literacy*) der Bevölkerung nicht gelingen kann und sowohl die Kompetenz zur Eigenbehandlung von akuten Gesundheitsbeschwerden bis zur Erreichbarkeit eines Arztes berücksichtigen muss.

*„Empfohlen wird eine strukturierte Einbeziehung der Bevölkerung in die Notfallversorgung.“ (9. Stellungnahme Regierungskommission 2023)*

Angefangen von der Gesundheitserziehung in Schulen über verpflichtende Erste-Hilfe-Kurse und Laienhelfer-Reanimationsausbildungen sollte die Erziehung zum Selbst-Bewusstsein und Verantwortungsgefühl für die eigene Gesundheit und zumindest die der unmittelbar Nahestehenden in den jungen Generationen unbedingt gefördert werden. Auch die Förderung des Ehrenamtes und die flächendeckende Etablierung gemeindebasierter Ersthelfer-Strukturen kann Gesundheitskompetenz stärken. Vulnerablen Gruppen sollte die Möglichkeit einer individuellen Notfallvorsorge im Sinne eines sog. *Advanced Care Plannings* (vgl. 9. Stellungnahme Regierungskommission 2023) niederschwellig ermöglicht werden (z.B. ambulante Palliativversorgung, Akut-Sozialdienste) und die Patienten und Angehörigen zur Inanspruchnahme ermutigt werden. Bevölkerungsgruppen, die aufgrund kultureller Rahmenbedingungen schlecht erreichbar bzw. informiert sind, sind durch spezielle Angebote (z.B.

## 2 Steuerung zwischen ambulantem und stationärem Bereich

Social Media/digitale Kanäle) zu befähigen, die für sie geeignetste notfallmedizinische Struktur zu identifizieren.

Letzendlich sollte die Frage gestellt werden, ob all dies zu einem geänderten Anspruchsdenken und einer informierten Entscheidungsfähigkeit bei der Auswahl der geeigneten Struktur bei den Hilfesuchenden in einem komplexen, zersplitterten System führen kann oder ob nicht doch übergeordnete Steuerungselemente nach Best-Practice-Beispielen, wie z.B. ein zentrales Verteilsystem nach dänischem Modell oder eine definierte Eigenbeteiligung bei eigenständiger ungelenkter Inanspruchnahme von Notfallversorgungsleistungen bei Erkrankungen mit niedrigem Risiko, nach niederländischem Konzept (Zusammenfassung in RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung 2018) in zukünftige Steuerungskonzepte eingeplant werden sollten.

### 2.2.2 Ambulanter Sektor (Vertragsärzte, Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst)

*„Für die Sicherstellung eines flächendeckenden, vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes sind die KVen verantwortlich.“*

Diese grundlegende Regelung im SGB V spiegeln sich im Status quo der Versorgungsrealität nicht wider (RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung 2018). Die Gesamtzahl der durch den KV-Bereitschaftsdienst und in den Notaufnahmen der Krankenhäuser behandelten Notfallpatientinnen und -patienten (ambulant oder mit stationärer Aufnahme) nahm von 24,9 Millionen im Jahr 2009 auf 27,8 Millionen im Jahr 2019 um 12% zu, gleichzeitig nahm die Anzahl der darunter befindlichen vom KV-Bereitschaftsdienst behandelten Hilfesuchenden von 10,1 Millionen im Jahr 2009 auf 8,8 Millionen im Jahr 2019 um 12% ab. Gleichzeitig ist die Zahl der stationär aufgenommenen Hilfesuchenden stärker angestiegen als die Zahl der ambulant behandelnden Hilfesuchenden. Ebenso stieg die Zahl der älteren Hilfesuchenden in diesem Zeitraum überproportional an (vgl. 4. Stellungnahme Regierungskommission 2023). Dieser Trend setzt sich weiter fort.

Um diesem zu begegnen, bedarf es eines effektiven vorgeschalteten Filter- und Steuerungsmechanismus durch den vertragsärztlichen Dienst, mittels dem der individuelle Versorgungsbedarf ermittelt und der Patient in die passende Versorgungsebene geleitet wird (RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung 2018). Telefonische Ersteinschätzungen können in der Mehrheit der Fälle eine Steuerung bewirken und damit zu einer zielgerechteren Patientensteuerung beitragen (Gibson et al. 2017).

Daneben wurde im SVR Gutachten „die Lotsenfunktion des Hausarztes als Gatekeeper zu einem potenziell vielversprechenden Instrument“ erklärt, um durch Stärkung der primärärztlichen Versorgung eine Verbesserung der Patientensteuerung und der Versorgungsqualität zu erreichen. Die primärärztliche Versorgung wird als zentraler Teil der Versorgung gesehen, im Rahmen derer die Mehrheit der präventiven und kurativen Behandlungen durchgeführt werden können (vgl. SVR 2018).

Aus Sicht der Gesamtsteuerung fehlt es derzeit weiterhin an einem validierten Einschätzungsinstrument, welches eine Weiterleitung von Notfallpatienten in eine vertragsärztliche Versorgung ohne eine relevante Gefährdung der Patientensicherheit möglich macht. Bis dahin ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Patienten die Angebote des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (116 117) kennen und diese zeitlich wie räumlich leicht erreichen können. Hier besteht ein hoher Bedarf, die föderal

unterschiedlich festgelegten Angebote und Sprechzeiten flächendeckend zu vereinheitlichen.

### 2.3 Rettungsdienste und Leitstellen

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kennzeichnet sich der Rettungsdienst, als einer der drei Säulen der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung, vor allem durch föderale Regelungen zur Organisation, Struktur, Durchführung, Delegation und Vergütung (vgl. 9. Stellungnahme der Regierungskommission 2023). Die Tatsache, dass fast ausschließlich Transportkosten (§ 60 Abs. 1 S. 1 SGB V) und nicht die eigentliche medizinische Leistung durch den Rettungsdienst vergütet wird, führt seit vielen Jahren zur Steuerung der Notfallpatienten in die Notaufnahmen der Krankenhäuser, selbst wenn eine Behandlung vor Ort möglich wäre.

In der 9. Stellungnahme der Regierungskommission wird „eine transparente, qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte patientenzentrierte präklinische Notfallversorgung nach bundesweit vergleichbaren Vorgaben“ als übergeordnetes Ziel definiert. Hierzu sollen die Leistungen des Rettungsdienstes als eigenständiges Leistungssegment in § 27 Abs. 1 SGB V aufgenommen werden. Insbesondere hoch vulnerable Patientengruppen, wie multimorbide Senioren, Pflegeheimbewohner und Patienten in einem palliativen Therapie-Setting erfahren häufige aber oftmals vermeidbare Einweisungen in die Notaufnahmen der Krankenhäuser bzw. Transporte im Rahmen der Notrettung (*Frequent User* und *Frequent Caller*), die für diese Hilfesuchenden derzeit als einzige mögliche Struktur der Akutversorgung neben dem KV-Notdienst zur Verfügung steht. Neben den klassischen Diensten des Rettungsdienstes und des KV-Notdienstes sollten neue und komplementäre Strukturen mit entsprechenden Kompetenzen und Zuständigkeiten, wie eine ambulante pflegerische Notfallversorgung, Notfall-Palliativdienste, Gemeindenotfallsanitäter oder entsprechend qualifizierte Community Health Nurses als Primärkontakt für diese Patienten zur Verfügung stehen.

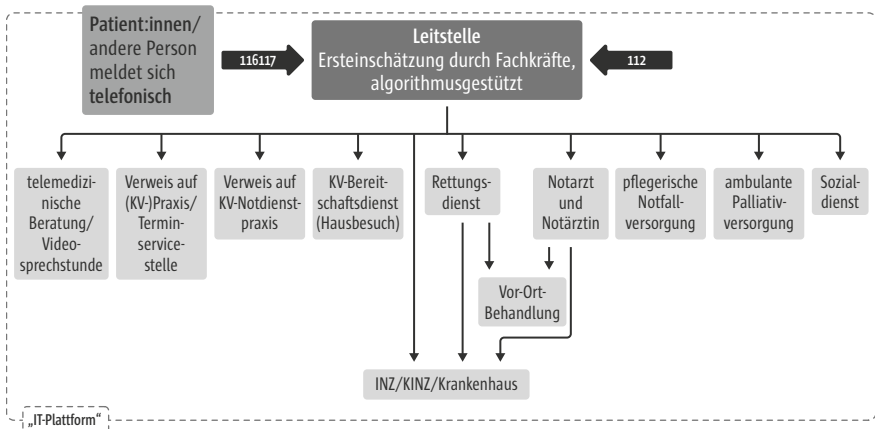


Abb. 2 Reform der Notfallversorgung (4. Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung)

Auszug aus: Lackner et al. (Hrsg.), Das ZNA-Buch, 3. Auflage (ISBN: 978-3-95466-779-6  
© Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

## 2 Steuerung zwischen ambulantem und stationärem Bereich

Um die knappen Ressourcen des Notfallwesens möglichst optimal zu nutzen, soll den Integrierten Rettungsstellen (ILS) als flächendeckend einheitlich aufzubauende Struktur eine entscheidende Rolle zu kommen. Durch die unmittelbare Erreichbarkeit der ILS sollen Hilfesuchende schon initial telefonisch bzw. im Rahmen einer telemedizinischen Einschätzung an die geeignetste Notfallstruktur verwiesen werden (vgl. 4. Stellungnahme der Regierungskommission) (s. Abb. 2). Essenzielle Grundbedingung einer effektiven Patientensteuerung und Optimierung jeglicher damit verbundenen Prozesse sind eine einheitliche Digitalisierung der Notfallstrukturen, die Echtzeit Erfassung und Abfrage der Ressourcen und deren Verfügbarkeit sowie die telemedizinische Verknüpfung elektronisch verfügbarer Patientenakten für alle Akteure der Notfallversorgung.

### 2.4 Notaufnahmen und Integrierte Notfallzentren

Notaufnahmen von Krankenhäusern beinhalten per definitionem keine Zugangsbarriere und werden deswegen von einer stetig steigenden Anzahl und einem großen Spektrum Hilfesuchender in Anspruch genommen (vgl. SVR 2018). Hierdurch kommt der Patientensteuerung eine erhebliche Bedeutung zu.

*„Richtiger Patient, zur richtigen Zeit zur richtigen Ressource.“ (Fernandes et al. 2005)*

Schon im Jahr 2017 wurde vom Sachverständigenrat das sektorenübergreifende Konzept der Integrierten Notfallzentren (INZ) vorgeschlagen. INZ, angesiedelt an Krankenhäusern, bestehen aus der Notaufnahme, einer Notdienstpraxis der KV, im oder direkt am Krankenhaus, und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle („Tresen“), an der die geeignete Behandlungsressource mittels eines standardisierten Algorithmus ermittelt wird. Hierdurch werden die Patienten in eine der möglichen geeigneten weiteren Versorgungsstrukturen geleitet:

- Behandlung in der Zentralen Notaufnahme mit ggf. stationärer Aufnahme,
- Ambulante Behandlung durch den im INZ ansässigen ärztlichen Bereitschaftsdienst,
- Behandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Diese bedarfsgerechte Steuerung impliziert auch eine technische Zusammenführung, in der auch die KV-Praxis im Bedarfsfall auf die diagnostischen Ressourcen des Krankenhauses zugreifen kann (EKG, Labor und Röntgen). Unter Wahrung des Datenschutzes kommt einer digitalen Vernetzung innerhalb des INZ eine zentrale Bedeutung zu. Analog zur Restrukturierung der Versorgung erwachsener Notfallpatienten sollten die Belange der Kinder und Jugendlichen im Rahmen einer flächendeckenden integrierten Versorgung sichergestellt werden.

Zusammenfassend sorgt die sektorale Trennung der Notfallversorgung derzeit (Stand: Oktober 2023) zu einer erheblichen Fehlsteuerung von Patienten, vor allem in den ambulanten Versorgungssektor der Notaufnahmen an Krankenhäusern. Die ist bedingt durch Fehlanreize durch die aktuelle Gesetzgebung, mangelnde Kenntnisse und Anspruchsdenken der Hilfesuchenden und eine zunehmende Überlastung des kassenärztlichen Sektors. Zukünftige Strukturen und Steuerungsinstrumente sollten bereits prähospital eine bedarfsgerechte Steuerung der Hilfesuchenden ermöglichen, ohne ein Risiko für die Patientensicherheit darzustellen. Räumliche, personelle und

digitale Vernetzungen sollten dazu beitragen eine hohe Versorgungsqualität in den Strukturen der Notfallversorgung zu gewährleisten und deren Leistungsfähigkeit zu garantieren.

### Literatur

- Fernandes CM, Tanabe P, Gilboy N, Johnson LA, McNair RS, Rosenau AM, et al. (2005). Five-Level Triage: Report from the ACEP/ENA Five Level Triage Task Force. *J Emerg Nurs* 2005; 31: 39–45
- Gibson A, Randall D, Tran DT, Byrne M, Lawler A, Havard A et al. (2017). Emergency Department Attendance after Telephone Triage: A Population-Based Data Linkage Study. *Health Serv Res* 53(2): 1137–1162
- RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (2018). Notfallversorgung in Deutschland. Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. URL: [https://www.kbv.de/media/sp/2018-04-18\\_Projektbericht\\_Notfallversorgung.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2018-04-18_Projektbericht_Notfallversorgung.pdf) (abgerufen am 05.10.2023)
- Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2018. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018
- Scherer M, Lüthmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I (2017). Querschnittstudie zur subjektiv empfundenen Behandlungsdringlichkeit und zu den Motiven, die Notfallambulanzen von Krankenhäusern aufzusuchen. *Dtsch Arztebl* 2017;114:645–652
- Somasundaram R, Geissler A, Leidel BA, Wrede C (2016). Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen. Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Gesundheitswesen* 2018;80:621–627.
- Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023). Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen. URL: [www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf) (abgerufen am 05.10.2023)
- Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023). Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung. URL: [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG\\_Stellungnahme\\_9\\_Rettungsdienst\\_bf.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_9_Rettungsdienst_bf.pdf) (abgerufen am 05.10.2023)