Wissenschaftlicher Kommentar zum Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit vom 17.11.2025 eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Prof. Dr. med. Martin Möckel und Prof. Dr. rer. medic. Anna Slagman
Charité – Universitätsmedizin Berlin

A. Zusammenfassung des vorliegenden Referentenentwurfs

Problem und Ziele formuliert die wesentlichen Punkte:

- Problem: "Fehlsteuerung", die zu einer "Überlastung von Akteuren insbesondere der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes" führt.
- Problem: Die Abbildung des Rettungsdienstes als "Transport" und nicht als eigener medizinischer Leistungsbereich.
- Das allgemein formulierte Ziel lautet, "für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen". Das Gesetz wird aufgrund der "Überlastung von Notaufnahmen und Rettungsdiensten mit steigenden Fallzahlen, die mangelnde Vernetzung der Sektoren im Bereich der Notfallversorgung und angesichts des zunehmenden Mangels an Fachkräften" als alternativlos eingeschätzt.
- Durch alternative Regelungen wie "die Schaffung eines eigenen Notfallversorgungssektors" würden Barrieren erhöht und "eine effiziente Fallbearbeitung weiter erschwert".
- Das zentrale Lösungskonzept ist die "Vernetzung der Versorgungsbereiche, (um) die Steuerung der Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene" zu verbessern.

Neue Maßnahmen in dem Gesetzentwurf sind:

- Akutleitstelle der KV statt Terminservicestelle und "Vernetzung" mit den Rettungsleitstellen, die weiterhin unter 112 erreichbar bleiben; digitale Fallübergabe
- Verpflichtung der KV zur durchgängigen "telemedizinischen und aufsuchenden Versorgung"
- KV und KH werden zu einer verbindlichen Kooperation in INZ-Standorten verpflichtet; "Kooperationspraxen" sollen angebunden werden. INZ-Standorte werden im erweiterten Landesausschuss innerhalb von 6 Monaten nach "bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben" festgelegt um eine "flächendeckende" Versorgung zu gewährleisten.
- Zur Einrichtung von INZ für Kinder und Jugendliche (KINZ) werden geeignete Standorte ausgewählt.
- In INZ- Standorte ohne KINZ werden telemedizinische Angebote für Kinder und Jugendliche integriert.
- „Die medizinische Notfallrettung (wird) als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung“ verankert.
- Digitalisierungsmaßnahmen gewährleisten die digitale Vernetzung „der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung mit anderen Akteuren der Notfall- und Akutversorgung“ unter Nutzung der Telematikinfrastruktur.

B. Einordnung

Der vorliegende Gesetzentwurf ist als notwenige Initiative absolut zu begrüßen und es besteht Einigkeit in der Einschätzung, dass Notaufnahmen und Rettungsdienste überlastet sind. Die Überfüllung von Notaufnahmen ist im Wesentlichen bestimmt durch die Anzahl der Patient:innen, welche die Notaufnahmen aufsuchen („Input"), die Patient:innen, welche mit den Ressourcen der Notaufnahme behandelt werden können („Throughput") und die Patient:innen, welche nach Hause bzw. in weiterversorgende Einrichtungen und Stationen entlassen oder verlegt werden können („Output") [1-3]. Alle drei Faktoren können ursächlich zur Überfüllung einer Notaufnahme führen. Internationale Evidenz zeigt, dass in einer überfüllten Notaufnahme im Sinne von „Crowding" konkret Patient:innen gefährdet und Mitarbeitende unverhältnismäßig belastet werden (Möckel M im DIVI-Jahrbuch 2025/26). Die Überlastung des Rettungsdienstes durch steigende Fallzahl ist ebenfalls erwiesen, jedoch zeigt sich, dass der Anstieg nicht primär durch weniger-akute Einsatzgründe verursacht wurde: Während die Fallzahlen von 2018-2021 kontinuierlich stiegen, blieb der Anteil weniger-prioritärer Einsätze konstant bei ca. 30% [4]. Der Effekt der Überlastung der Rettungsdienste besteht insbesondere in der Verlängerung der Hilfsfristen von Verständigung der Leitstelle bis hin zum Eintreffen eines Rettungsfahrzeuges. Eine konkrete Patient:innengefährdung lässt sich vermuten, ist aber wissenschaftlich nicht belegt.
Während im neuen Gesetzesentwurf insbesondere der „Input" mit Maßnahmen adressiert wird, spielen insbesondere auch die Ressourcen der Notfallversorgung und die Möglichkeit der Entlassung/Verlegung von Patient:innen sowie alternative Versorgungsangebote eine entscheidende Rolle bei der Entlastung des Notfallversorgungssystems.

Welche Patient:innen werden adressiert?

Eingehend ist zu erwähnen, dass die Zielgruppe der Gesetzesreform zwingend zu definieren ist. Aus dem vorgelegten Entwurf ist nicht sicher zu entnehmen, welche Bürger:innen von der Reform adressiert werden. Der Gesetzesentwurf liest sich jedoch so, also ob es weitestgehend gesetzlich oder privat Krankenversicherte sind und ist in diesem Punkt sehr vage gehalten Es ist zwingend zu verdeutlichen, „dass sämtliche Regelungen der Notfallreform für **alle Notfallpatient:innen** gelten – unabhängig vom Versicherungsstatus. Eine Beschränkung der gesetzlichen Vorgaben auf Versicherte der GKV (oder auch GKV und PKV) würde dem Grundprinzip der Gleichbehandlung im Notfall, den medizinethischen Standards sowie den praktischen Erfordernissen einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung widersprechen."

Medizinische Notfallrettung als Sachleistung und aufsuchender Dienst der KV

Das **zentrale Anliegen des Referentenentwurfs, die medizinische Notfallrettung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern** ist unbedingt zu befürworten. Obwohl die Anzahl von potentiell vermeidbaren Transporten aktuell wegen fehlender Daten nicht sicher ermittelt werden kann, ist das Konzept „stay at home treat at home" insbesondere für ältere Patient:innen inhaltlich schlüssig. Hierzu passt auch der Vorschlag, telemedizinische Angebote und den aufsuchenden Dienst auszubauen. Daten zeigen, dass es im Bereich der häuslichen Versorgung eine Mangelsituation gibt. Es bedarf jedoch einer Einordnung, welche fachlichen Kompetenzen für die medizinische Notfallrettung zur Durchführung medizinischer Maßnahmen vor Ort bzw. der aufsuchende Dienst für die Versorgung der Fälle haben muss und welche Fälle hier adressiert werden sollen um effektiv handlungsfähig zu sein. Beispielsweise werden in Dänemark (Best practice Beispiel Universitätsklinikum Odense)

qualifizierte Notärzte für den aufsuchenden Dienst bei geriatrischen Fällen eingesetzt[5,6]. Ärzt:innen dieser Qualifikation stehen der KV aktuell nur sehr eingeschränkt zur Verfügung. Darüber hinaus werden aktuell vom BMG Primärversorgungsmodelle diskutiert, die eine erhebliche Mehrarbeit im Bereich von Allgemeinmediziner:innen zur Folge hätten. Bereits im Gesetzesentwurf wird dies scheinbar angedacht. Ein Review der Kollegin Prof. Dr. Leonie Sundmacher zeigt deutlich, dass nicht Primärarztsysteme, sondern Primärversorgungszentren notwendig und in anderen Ländern etabliert sind, um die Primärversorgung von Patient:innen adäquat gewährlisten zu können. Neben Fachärzt:innen sind in diese häufig auch die Fachrichtungen Psychologie, Psychiatrie, Sozialarbeit und Pflege integriert.[7] Dadurch können Patient:innen bedarfsgerechter behandelt werden und Allgemeinmediziner:innen sowie andere Fachärzt:innen entlastet werden. Allgemeinmediziner:innen (welches auch Fachärzt:innen sind) stehen bei den aktuell vorgesehenen Regelungen zu einer reinen „Überweisungspflicht" durch „Hausärzt:innen" dann weniger für den aufsuchenden Dienst oder die Arbeit in Notdienstpraxen bzw. im INZ zur Verfügung. Allgemeinmedizin ist jedoch ebenfalls die Fachrichtung, welche in anderen Ländern (z.B. Dänemark) die ambulante Notfallversorgung maßgeblich übernimmt und auch die Ergebnisse des Innovationsfondsprojektes NODE deuten auf eine stärkere Entlastung von Notaufnahmen durch allgemeinmedizinisch qualifizierte Ärzt:innen hin. Die Effekte verschiedener Neuregelungen, welche zu einer Mehrbelastung dieser Berufsgruppe führt sind zu überdenken und eine gestufte Einführung erscheint empfehlenswert.

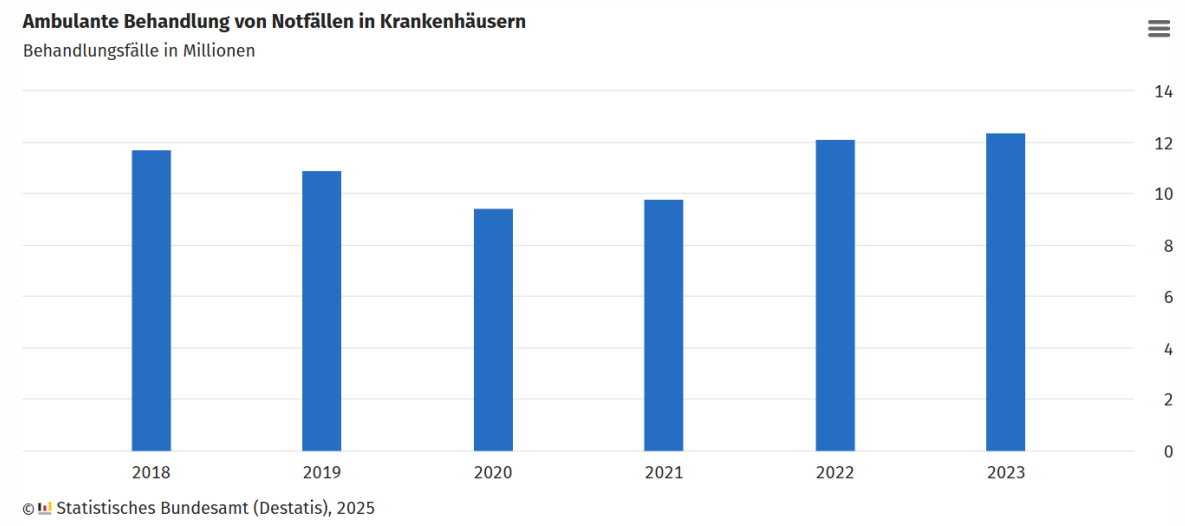
Für die medizinische Notfallrettung wird ein neues Berufsbild für die fallabschließende Versorgung etabliert (z.B. Gemeindenotfallsanitäter; https://www.gemeindenotfallsanitaeter.de/), welches explizit für diesen Einsatz qualifiziert sein muss. Es ist damit zu rechnen, dass Einsätze mit Versorgung vor Ort dann länger dauern, zusätzliche Kosten erzeugen und Personalressourcen sowie Einsatzfahrzeuge länger binden. Das betrifft sowohl die medizinische Notfallrettung, wie auch den aufsuchenden Dienst, so dass es auch hier zusätzlicher Ressourcen bedarf, welche bisher nicht zur Verfügung stehen. Validierte Steuerungsmechanismen sind auch hier unerlässlich um Ressourcen sinnvoll einzusetzen und Patient:innen adäquat zu versorgen. Auch die Haftung bei Belassung durch die medizinische Notfallrettung muss eindeutig geregelt sein um unerwünschte Effekte wie Übertriage und nicht-notwendige Transporte zu vermeiden.

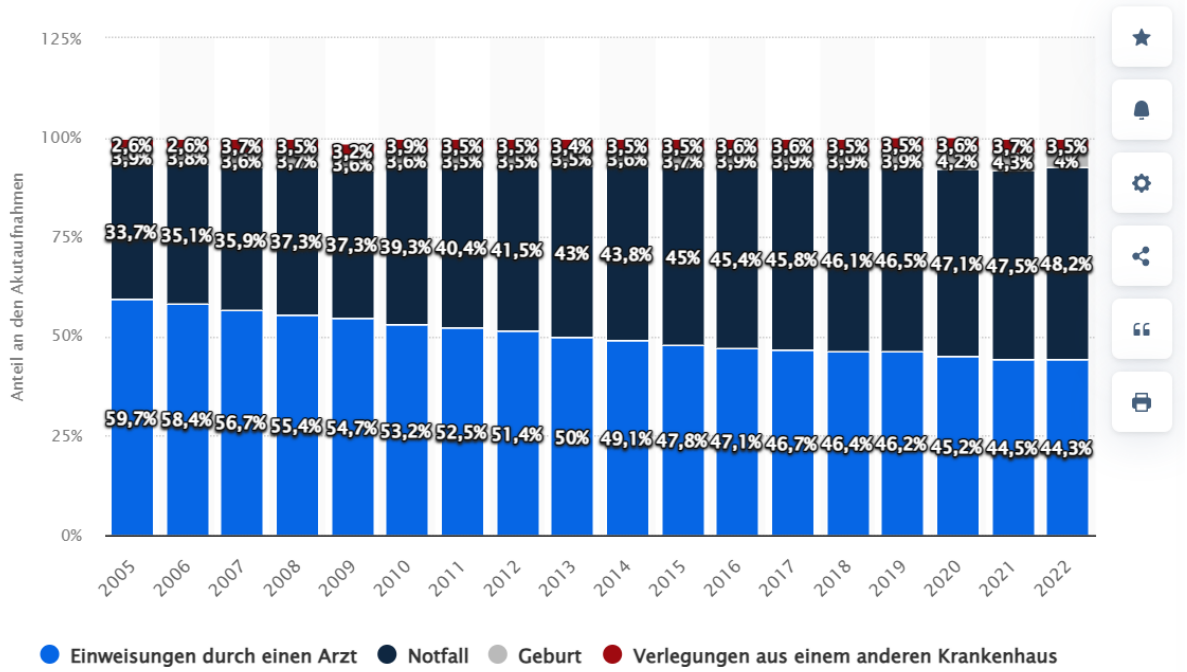
Pflegerische Akutversorgung: Rettungsdiensteinsätze und Notaufnahmeaufenthalte kommen häufig durch entweder akut entstehende oder exazerbierte ambulante pflegerische Versorgungsbedarf zustande. Diese entstehen insbesondere bei der wachsenden Gruppe der geriatrischen und palliativmedizinischen Patient:innen und machen einen großen und wachsenden Anteil der Notfallversorgung im Rettungsdienst und in Notaufnahmen aus. Häufig besteht jedoch kein akut-medizinisch klinischer Behandlungsbedarf. Um die genannten Notfallversorgungsstrukturen adäquat entlasten zu können sind die Maßnahmen des aufsuchenden Dienstes sowie der medizinischen Notfallrettung zwingend um Maßnahmen der speziellen ambulanten Akutversorgung zu ergänzen um eine nachhaltige Entlastung der Systeme zu gewährleisten.

Inanspruchnahme von Notaufnahmen („Input") und geplante Maßnahmen

Daten des statistischen Bundesamtes zeigen, dass die ambulante Notfallversorgung an Krankenhausstandorten steigt und sich zusätzlich der Anteil der als „Notfall" an Krankenhausstandorten stationär aufgenommenen Patient:innen verschiebt. Entsprechend ist

von über 20 Mio. Notfallkontakten in Notaufnahmen in Deutschland pro Jahr auszugehen. Gesicherte Fallzahlen liegen auf Grund der fehlenden Identifizierbarkeit von Notaufnahmefällen in Abrechnungsdaten nicht vor.





Details: Deutschland; Statistisches Bundesamt

© Statista 2025

Das Ziel des Referentenentwurfs, die Inanspruchnahme von Notaufnahmen durch eine verbesserte Steuerung der Patient:innen in andere Strukturen zu senken beruht bedauerlicherweise auf der Hypothese, dass eine „Fehlsteuerung" bzw. „Fehleinschätzung“ der Betroffenen entscheidend zu einer "Überlastung von Akteuren insbesondere der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes" führte. Dieses Narrativ ist wissenschaftlich nicht belegt.

Bereits 2017 haben Scherer et al. gezeigt, dass die Gründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen durch theoretisch im KV-System zu versorgenden Patient:innen maßgeblich in der fehlenden Verfügbarkeit oder Erreichbarkeit von Kompetenz und Leistungen liegen[8]. Die drei Hauptgründe niedrig dringlicher Fälle, die Notaufnahme aufzusuchen waren die Diagnosen Trauma und Hauterkrankungen sowie die Nichtverfügbarkeit ambulanter Angebote. Auch internationale Arbeiten unter Einbezug von Daten aus Deutschland zeigen, dass der zweit-häufigste Grund für die Notaufnahmeinanspruchnahme die fehlende Verfügbarkeit von Hausärztlicher Versorgung ist.[9]
Zahlreiche weitere Arbeiten haben die Gründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen aus verschiedenen Perspektiven untersucht [10-14]. Und zeigen eindeutig, dass Patient:innen Notaufnahmen geplant und rational, oftmals auf Zuweisung des ambulanten Systems in Anspruch nehmen. Umfragedaten zeigen, dass ca. 50% der Personen, welche mit weniger akuten Beschwerden Notaufnahmen aufsuchten vorher versucht hatten Hilfe im ambulanten Versorgungssystem zu erhalten [14-16]. Diese Evidenz wird bestätigt durch die Analyse von Abrechnungsdaten, welche zeigen, dass ein hoher Anteil von Patient:innen regelhaften Kontakt zum ambulanten Versorgungssystem hat und dort sowohl allgemein, als auch in Bezug auf die zur Notaufnahmevorstellung führenden Beschwerden Kontakte stattfinden [17-19].
Nicht-publizierte eigene Daten zeigen, dass ca. 10% der Patient:innen Notaufnahmen mit Verordnungen für eine stationäre Versorgung („Einweisungen“) aus dem ambulanten System aufsuchen, ca. 70% dieser Fälle wird in Notaufnahmen jedoch abschließend ambulant behandelt.
Diese Daten weisen auf einen Mangel an Ressourcen für die medizinischen Versorgung dieser Fälle im ambulanten System hin.

Weiterhin zeigt sich, dass je nach Standort 10-30% der Fälle in Notaufnahmen durch wiederkehrende Patient:innen (Frequent Presenter) verursacht werden. Diese haben neben psychiatrischen Erkrankungen häufig chronische Diagnosen, welche einer kontinuierlichen ambulanten Betreuung bedürfen. Weiterhin zeigt sich hier ein hoher Anteil psychosozialer Begleitumstände, welche zu den Wiedervorstellungen in der Notaufnahme führen: Ca 10% der Fälle bedürfen neben der medizinisch-somatischen Behandlung in der Notaufnahme einer psychosozialen Unterstützung [20].
Die telemedizinische Einbindung psychiatrischer Expertise ist hier explizit zu begrüßen, sollte jedoch zwingend um das Vorhalten von psychosozialer Beratung und Weitervermittlung an entsprechende Hilfestrukturen ergänzt werden. Es wäre empfehlenswert bereits in der Akutleitstelle eine Weitervermittlung an einen psychosozialen Arbeitsplatz zu integrieren. Ein Modellprojekt der Berliner Feuerwehr zeigt, dass damit der Einsatz von Rettungsmitteln erheblich reduziert werden kann. Weiterhin ist diese Expertise in den integrierten Notfallzentren, so wie oben erwähnt in ggf. zu planenden Primärversorgungszentren zwingend erforderlich um diese wiederholten Vorstellungen und unnötige Notfallkontakte zu vermeiden.

Entlastungspotential durch Steuerung in der Notfall- und Akutversorgung

Eine Fallzahlreduktion durch die im Gesetzesentwurf geplanten Maßnahmen zur Patient:innensteuerung vor aufsuchen einer Notaufnahme zu einer Reduktion von 1,21 Mio. Fällen in Notaufnahmen führen könnten erscheint sehr spekulativ. Uns ist hierzu keine Evidenz bekannt, welche solche Schlussfolgerungen erlauben würde.

Einführung von INZ-Standorten

Ein positiver Aspekt ist die Einführung integrierter Notfallzentren (INZ), die aus einer zentralen Ersteinschätzungsstelle, einer KV-Notdienstpraxis und der Notaufnahme bestehen. Das INZ ist eine neue Struktur für die es fachliche Vorgaben und eine ausreichende Finanzierung braucht. Fachgesellschaftliche Vorgaben dazu befinden sich im Publikationsprozess (Empfehlungen der DGIIN & DGINA zur Struktur und personellen Ausstattung von Integrierten Notfallzentren (INZ) Hans F. et al Med Klinik in press).
INZ sollten an sämtlichen universitären Standorten der höchsten G-BA-Versorgungsstufe angesiedelt werden müssen und erst darüber hinaus im erweiterten Landesausschuss entschieden werden sollte. Patienten drängen in große Zentren mit hoher medizinischer Kompetenz und können perspektivisch von dort besonders gut in die weitere Versorgung gesteuert werden. Es ist sinnvoll für Kinder und Jugendliche "geeignete Standorte auszuwählen" und ggf. in INZ telemedizinische Angebote für Kinder zu integrieren.

Hinsichtlich der Steuerung am Notaufnahme-/INZ-Standort ist in den vergangenen Jahren intensiv nachgewiesen worden, dass das Steuerungspotential bei maximal 30% der Notaufnahmepatienten [21] liegt und dies auch gut zu internationalen Daten passt [21-24]. Dies zeigt sich sowohl in retrospektiven Analysen, also auch in einzelnen Modellprojekten. In vielen Modellprojekten fällt das Reduktionspotential jedoch geringer aus und ist insbesondere stark abhängig vom Ziel der Steuerung.
Potentiell steuerbare Fälle stellen sich zu einem Großteil innerhalb der Öffnungszeiten des ambulanten Versorgungssystems in Notaufnahmen vor, so dass eine Alternativversorgung zwingend zu diesen Zeiten zur Verfügung stehen muss [21,25].

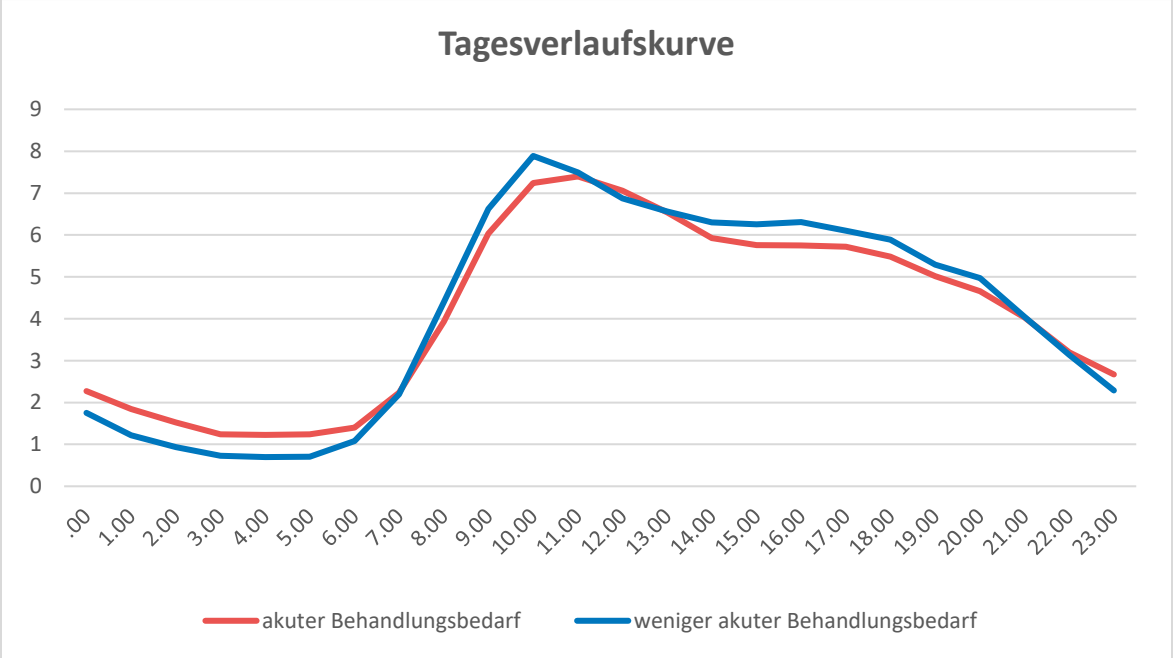
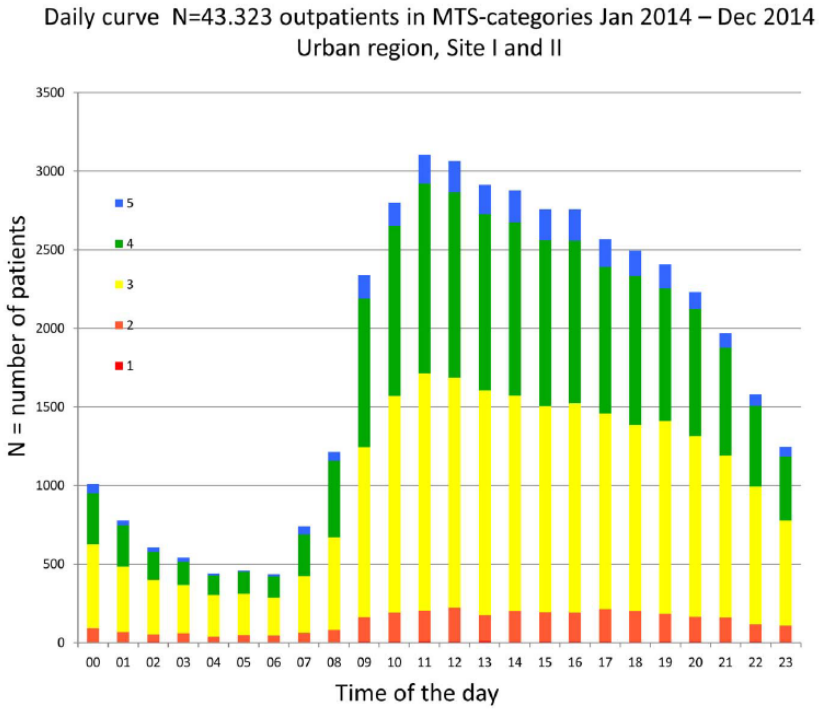
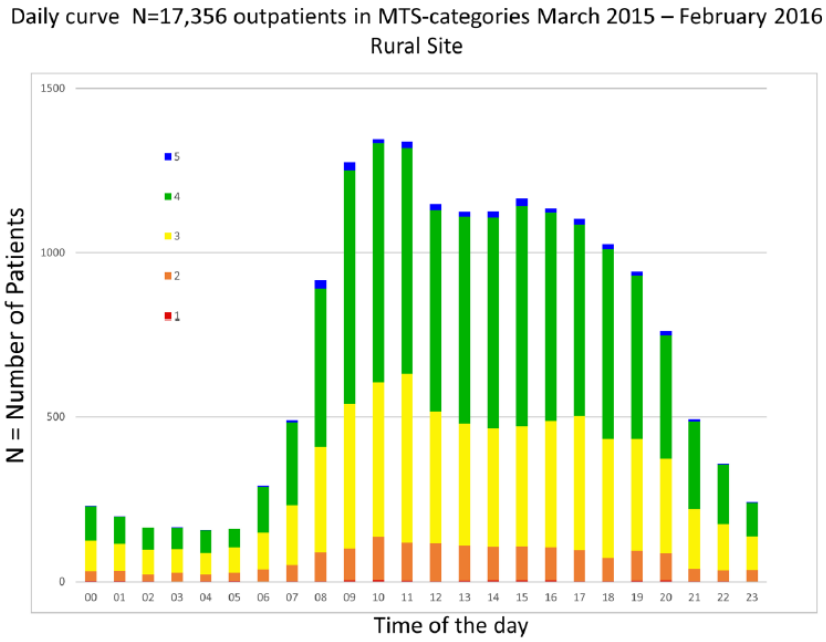


Abbildung: Tageslaufkurve von Fällen mit akuter und weniger-akuter Behandlungsbedarf in der INDEED-Studie (unpubliziert aus Folgendem Projekt: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/426/2023-06-30_INDEED_Ergebnisbericht.pdf)





Tageslaufkurven nach Dringlichkeit einer städtischen und einer ländlicheren Notaufnahme aus: Schmiedhofer M, Möckel M, Slagman A, et al. Patient motives behind lowacuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. BMJ Open 2016;6:e013323. doi:10.1136/bmjopen-2016-013323

Weiterhin sind die Symptome und Diagnosen weniger-akuter Fälle zu einem hohen Anteil überlappend mit Symptomen akut erkrankter Patient:innen (Verletzungen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen), so dass validierte Ersteinschätzungsinstrumente zur sicheren Steuerung mit validierten Ersteinschätzungssystemen unerlässlich ist dieser Fälle unerlässlich sind (Tabelle) [25].

Table 3 Top 10 three-digit ICD-10 codes (ICD-10-GM-2017; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - 10th revision, german modification) for high-acuity versus low-acuity attendances with respective wording of the diagnosis and percentages

Low acuity			High acuity		
Three-digit ICD-10 code		**n (%)**	**Three-digit ICD-10 code**		**n (%)**
T14 (14)	Injury to an unspecified area of the body	2988 (3.9)	R10	abdominal and pelvic pain	7145 (3.0)
M54	Back pain	2535 (3.3)	M54	Back pain	6365 (2.7)
R10	Abdominal and pelvic pain	2269 (3.0)	S00	Superficial injury to the head	5036 (2.1)
S00	Superficial injury to the head	1609 (2.1)	S01 (13)	Open wound of the head	4459 (1.9)
S93 (185)	Dislocation, compression and strain of the joints and ligaments at the level of the upper ankle and foot	1586 (2.1)	R07 (17)	Sore throat and chest	3957 (1.7)
H10 (192)	Conjunctivitis	1489 (1.9)	S06 (74)	Intracranial discoveries	3839 (1.6)
S60 (39)	Superficial injury to the wrist and hand	1397 (1.8)	I10 (29)	Essential hypertension	3797 (1.6)
S61 (18)	Open wound of wrist and hand	1376 (1.8)	G40 (165)	Epilepsy	3620 (1.5)
M79 (29)	Other soft tissue disorders, not elsewhere classified	1355 (1.8)	F10 (108)	Mental and behavioural disorders caused by alcohol	3558 (1.5)
H16 (115)	Ceratitis	1066 (1.4)	R42 (21)	Dizziness and trauma	3360 (1.4)

Modellprojekte zu „Partnerpraxen“ (Kooperationspraxen im Gesetzesentwurf) zeigen bisher keine relevante Entlastung, da nur 2-3% der Patient:innen gesteuert werden können [26,27] bei hohem Risiko mit einem Anteil potentiell gefährdeter Fälle von 7-17% [28]. Eine Steuerung in Kooperationspraxen ist auf Basis dieser Daten nicht empfehlenswert. Zur Steuerung aus Notaufnahmen ohne INZ-Standort an andere INZ-Standorte oder größere MVZ fehlt bislang ausreichende Evidenz. Die Gründe für die fehlende Steuerungsmöglichkeit außerhalb des Notaufnahmestandort sind jedoch in den bisherigen Modellprojekten vorrangig folgende:

1. Haftung: Für die Steuerung von Patient:innen an nicht am Notaufnahmestandort gelegene Strukturen bedarf es unbedingt einer gesetzlichen Grundlage, welche für die Steuerung auf Basis der Anwendung eines standardisierten Ersteinschätzungsinstrumentes einen Haftungsausschluss für die steuernde Institution bzw. das beteiligte Personal regelt. Ohne diese Grundlage ist eine Steuerung praktisch nicht umsetzbar und führt bei Zwangsumsetzung regelhaft zu einer Übertriage durch die steuernden Personen und damit zu unerwünschten Effekten.
2. Verbindliche Übernahme und Vorhaltung von Ressourcen: Patient:innen, welche außerhalb des Notaufnahmestandortes gesteuert werden müssen verbindlich zu den geregelten Zeiten ohne weitere Abstimmungsbedarf mit Notfallversorgung angemessenen Ressourcen versorgt werden können. Auf Grundlage bisheriger Evidenz bedarf es dazu regelhaft folgender Mindestausstattung: Bildgebung (Röntgen, Ultraschall), Diagnostik (EKG, Labor), kleine Wundversorgung. Diese sollte ebenfalls im Gesetzesentwurf geregelt sein.
3. Möglichkeit der Verordnung von Krankentransporten muss gewährleistet sein um einen Transport von nicht mobilen Patient:innen zu ermöglichen.

„Throughput“ = Ausstattung und Ressourcen

Im Rahmen der 2023 eingeführten Krankenhausreform sowie durch die Notfallstufenregelung des GBA, kommt es dazu, dass vermehrt Krankenhausstandorte nicht mehr an der Notfallversorgung teilnehmen oder vollständig schließen. Dies ist ein einerseits ein erwünschter Effekt und hat das Ziel die Versorgungsqualität zu verbessern und die Versorgung zu zentrieren. Eine weitere Folge ist allerdings, dass auch die Notfallversorgung sich an den verbleibenden Standorten zentriert und das bei einem weiteren Anstieg der Fallzahlen in den letzten Jahren (2021-2023 – siehe Einleitung). Die Fallzahlen an den

verbliebenen Notaufnahmen, insbesondere an Krankenhäusern der Notfallstufe 3 und insbesondere an Universitätsstandorten steigt damit überproportional.
Die Notfallversorgung an den verbleibenden Standorten ist in ihrer Ausstattung bisher jedoch nicht dem gesteigerten Fallaufkommen angepasst, so dass es aktuell regelmäßig zu Überfüllungszuständen an diesen Standorten kommen. Die Ressourcen sind massiv überlastet, weshalb eine Umsetzung der Notfallreform zwingend und absolut dringlich notwendig ist, um die Notfallversorgung in Deutschland aufrecht erhalten zu können. Der aktuell vorgelegte Reformentwurf lässt jedoch die Finanzierung und Ausstattung von Notaufnahmen unbedacht.

Mit der geplanten Abschaffung der Leistungsgruppe Notfallmedizin im Rahmen des Krankenhausanpassungsgesetzes (KHAG) steht die Notfallversorgung erneut vor einer unzureichenden Finanzierungsgrundlage. Ohne eine klar gesetzlich geregelte Vergütung für den Bereich der Notaufnahmen, werden diese weiter größtenteils defizitär betrieben und eine flächendeckende Notfallversorgung kann nicht ausreichend sichergestellt werden. Notaufnahmen stellen eine ressourcenintensive, nicht planbare und hoch vorhalteabhängige Leistung dar. Es bedarf deshalb einer umfangreichen Vorhaltefinanzierung. Diese sollte mindestens einen großen Teil der Personalkosten umfassen und das vorgehaltene Qualitätsniveau sowie den regionalen Sicherstellungsbedarf berücksichtigen.

Entsprechend ergänzende Vorschläge zum Gesetzentwurf.

1. Es muss dringlich ein Fachabteilungsschlüssel Notaufnahme (NAUFN) eingeführt werden, um Diagnosen, Leistungen und Kosten dieser Fälle flächendeckend zu erfassen und routinemäßig beschreiben zu können.
2. Nach Einführung eines Fachabteilungsschlüssels NAUFN sollten die Leistungsgruppe 65 (LG 65) wie ursprünglich geplant, kalkuliert und eingeführt werden. Aus der LG 65 ergibt sich die notwendige Vergütung der Vorhaltekosten, die neben den Kosten des ärztlichen Dienstes auch die Funktionspflege enthält.
3. Der alternative Vorschlag, eine Vorhaltefinanzierung nach G-BA-Stufen sollte geprüft werden. Allerdings wäre dies voraussichtlich eine teurere Alternative als die Einführung der LG 65, die selbst auch keinen neuen Sektor begründet.

Ohne Berücksichtigung dieser Vorhaltekosten ist die Notfallversorgung an Notaufnahmestandorten bei steigenden Fallzahlen gefährdet.

Der Referentenentwurf sieht weiterhin keine besondere Vergütungssystematik für ambulante Notfallbehandlungen im INZ vor, die einer komplexen ambulanten Behandlung bedürfen. Gerade bei Behandlung in Notaufnahmen, stellt die Vergütung im Rahmen des Erweiterten Bewertungsmaßstabes keine kostendeckende Finanzierung dar. Sie berücksichtigt weder die Behandlungsintensität noch die zusätzliche notwendigen Vorhaltekosten. Es kommt deshalb zu einer systematischen Unterfinanzierung, die zu einem Abbau von Notfallstrukturen führt. Aus diesem Grund sollte sich die Vergütung von komplexer ambulanter Behandlung (bspw. bei Transport durch den Rettungswagen in die Notaufnahme; Steuerung in die Notaufnahme durch Ersteinschätzungsinstrument in der Akutleitstelle oder am INZ-Standort) an den zur vorstationären Vergütung bei Überweisung durch Vertragsarzt orientieren. So wird sichergestellt, dass mehrheitlich komplexere Fälle kostendeckender vergütet werden.

„Output“ = Entlassung und Verlegung

Der Anteil älterer Patient:innen steigt und häufig sind pflegerische Versorgungsproblematiken entweder ursächlich für den Notaufnahmeaufenthalt oder entstehen akut im Anschluss an eine notfallmedizinische Versorgung. Das Fehlen entsprechender ambulanter Ressourcen verhindert die zeitnahe Entlassung von Patient:innen in die ambulante Weiterversorgung. Das geplante Reformpaket ist darum zwingend um spezielle ambulante Akutversorgungsangebote im pflegerischen Bereich zu ergänzen. Nur so kann die zeitgereichte Entlassung und wie weiter oben beschrieben auch die prä-hospitale Steuerung und alternative Versorgung adäquat umgesetzt werden. Eine verbesserte Vernetzung mit der Regeversorgung ist weiterhin auch im Anschluss an die Notaufnahmeversorgung zu gewährleisten. Auch hier sollte neben der direkten Terminvermittlung auch eine digitale, pro-aktive Fallweitergabe an weiterversorgende Hausärzt:innen/Fachärtz:innen eingerichtet werden. Beides, sowohl die pflegerische Akutversorgung als auch die ambulante Anschlussversorgung mit digitaler Fallübergabe in beide Bereiche ist in Dänemark etabliert und hat eine maßgebliche Verbesserung der Versorgungsqualität erzielt.

Forschung und Evaluation

Für eine **methodisch robuste, kontinuierliche wissenschaftliche Evaluation** ist zudem erforderlich, dass Patient:innenfälle der Notfallversorgung systematisch und mit ausreichender diagnostisch-prozessualer Präzision identifizierbar sind. Nur wenn Notfallbehandlungen eindeutig von anderen Versorgungsanlässen abgegrenzt und den relevanten Versorgungsbereichen zugeordnet werden können, lassen sich Steuerungswirkungen, Qualitätsentwicklungen und Ergebnisparameter valide analysieren. Die Gesetzgebung sollte daher sicherstellen, dass die digitale Dokumentation die hierfür notwendigen strukturierten Angaben enthält und eine konsistente Identifikation der betreffenden Patient:innenfälle und Leistungserbringer sektorenübergreifend ermöglicht.

Kontinuierliches Monitoring und Re-Evaluation: Da sich Versorgungsrealität, epidemiologische Lagen und sektorale Strukturen kontinuierlich verändern, bedarf es eines fortlaufenden wissenschaftlichen Monitorings sowie regelmäßig wiederholter Validierungsstudien. Insbesondere sollten hier unerwünschte Effekte in Subgruppen evaluiert werden. Um diese ausreichend in Daten identifizieren zu können, sollte ein **Minimalset an soziodemographischen Angaben** in der Notfalldokumentation berücksichtigt werden.

Neutrale, sektorenübergreifende Evaluation: **Die Evaluation sollte durch unabhängige, wissenschaftlich ausgewiesene Institutionen** erfolgen und **sektorenübergreifend** angelegt sein. Wir schlagen vor, die Koordination beim G-BA zu verankern, um methodische Qualität, Unabhängigkeit und nachhaltige Finanzierung sicherzustellen.

Alle digital erfassten Daten der Notfallversorgung **sollen systematisch für Zwecke der Versorgungsforschung verfügbar** gemacht werden. Dies umfasst sowohl die Nutzung durch wissenschaftliche Einrichtungen im Rahmen qualifizierter Zugangswege, als auch die Möglichkeit, diese Daten mit klinischen Routinedaten interoperabel zu verknüpfen. Eine solche Datenbasis ist Voraussetzung, um die Notfallreform evidenzbasiert zu begleiten, Steuerungseffekte abzuschätzen und ein langfristig lernendes System zu etablieren.

C. Notwendige Ergänzungen/Änderungen im Überblick

Generell: Eindeutige Regelung, dass der Gesetzesentwurf für alle hilfesuchenden Personen (Patient:innen) gilt, unabhängig vom Versicherungsstatus.

§ 30: Ergänzung um spezielle ambulante Notfallversorgungsangebote: pflegerische Akutversorgungsangebote, Palliativversorgung

§ 75: Ergänzung der Akutleitstelle um die Integration einer direkten psycho-soziale Beratung

§123: Erweiterung um psychosoziale Angebote (Sozialarbeitende) am INZ-Standort oder mindestens Telekonsultation mit psychosozialen Angeboten.

§123: Erweiterung der Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxis von 12-24 Uhr an allen Wochentagen entsprechend der Vorstellungszeiten der Patient:innen.

§30, §123: Haftungsausschluss der Einrichtung / des Personals bei Entscheidungen zur Versorgungsebene unter Verwendung eines zugelassenen standardisierten Ersteinschätzungssystems (Transfer/Weiterleitung und Belassung im Rettungsdienst und Transfer/Weiterleitung aus INZ-Standorten oder Notaufnahmestandorten).

§123: Steuerung von INZ-Standorten oder Notaufnahmestandorten in Kooperationspraxen darf bei hoher Sicherheitsgefährdung nur optional unter verbindlich definierter Mindestausstattung und verbindlicher direkter Übernahme der aufnehmenden Struktur (Kooperationspraxis) möglich sein. Ein Krankentransport muss für diese Fälle vor Ort verordnet werden können.

Finanzierung:
Vorhaltefinanzierung von Notaufnahmen zwingend erforderlich

Literatur

1. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS One* 2018; **13**(8): e0203316.
2. Searle J, Muller R, Slagman A, et al. Überfüllung der Notaufnahmen. *Notfall + Rettungsmedizin* 2015; **18**(4): 306–15.
3. Trzeczak S. Überfüllte Notaufnahme. *Notfall + Rettungsmedizin* 2013; **16**(2): 103–8.
4. Herr D, Bhatia S, Breuer F, Poloczek S, Pommerenke C, Dahmen J. Increasing emergency number utilisation is not driven by low-acuity calls: an observational study of 1.5 million emergency calls (2018–2021) from Berlin. *BMC Medicine* 2023; **21**(1): 184.
5. Udesen SEJ, Nielsen DS, Andersen N, et al. Healthcare professionals' experience with emergency department-based acute care performed within nursing homes. *Age Ageing* 2022; **51**(8).
6. Udesen SEJ, Rasmussen CH, Mikkelsen S, Andersen N, Brabrand M, Lassen AT. Mobile emergency department care to nursing home residents: a novel outreach service. *Age Ageing* 2023; **52**(3).
7. Wittinger GS, L. Primärarztsysteme im internationalen Vergleich: Wie gestalten andere Länder ihre Versorgung und was kann Deutschland davon lernen? *Monitor Versorgungsforschung* 2025; **04/2025 18. Jahrgang**.
8. Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I. Patients Attending Emergency Departments. *Dtsch Arztebl Int* 2017; **114**(39): 645–52.
9. van den Berg MJ, van Loenen T, Westert GP. Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *Family Practice* 2015; **33**(1): 42–50.
10. Schmiedhofer M, Möckel M, Slagman A, Frick J, Ruhla S, Searle J. Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. *BMJ Open* 2016; **6**(11): e013323.
11. Schmiedhofer M, Searle J, Slagman A, Frick J, Ruhla S, Möckel M. [Perception of the Emergency Department for Outpatient Care in a Rural Region in Saxony-Anhalt: A Qualitative Survey of Patients and General Practitioners]. *Dtsch Med Wochenschr* 2017; **142**(10): e61–e73.
12. Schmiedhofer M, Slagman A, Kuhlmann SL, et al. Emergency Departments as Care Providers for Patients with Cardiac Ambulatory Care Sensitive and Mental Health Conditions: Qualitative Interview and Focus Group Study with Patients and Physicians. *Int J Environ Res Public Health* 2022; **19**(10).
13. Schmiedhofer MH, Searle J, Slagman A, Möckel M. [Exploring Patient Motives to Use Emergency Departments for Non-urgent Conditions: A Qualitative Study]. *Gesundheitswesen* 2017; **79**(10): 835–44.
14. Slagman A, Schmiedhofer M, Legg D, et al. Reasons for emergency department use of low-acuity attender: results from the prospective, multicentre, cross-sectional EPICS-9/PiNo-Bund study. *BMJ Open* 2025; **15**(3): e090681.
15. Witt K, Oslislo S, Hagelskamp J, et al. Patientenbefragung in bayerischen Notaufnahmen: Inanspruchnahme aufgrund hoher subjektiver Dringlichkeit bei moderater Bekanntheit der 116117. *Notfall + Rettungsmedizin* 2025.
16. Witt K, Oslislo S, von Arnim U, et al. Inanspruchnahme von Berliner Notaufnahmen. *Notfall + Rettungsmedizin* 2025.

17. Dröge P, Ruhnke T, Fischer-Rosinsky A, et al. Patients pathways before and after treatments in emergency departments: A retrospective analysis of secondary data in Germany. *Health Policy* 2023; **138**: 104944.
18. Verleger K, Fischer-Rosinsky A, Möckel M, et al. Health care utilization of patients with acute abdominal pain before and after emergency department visits. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2024; **32**(1): 68.
19. Wu YN, Möckel M, Huscher D, Fischer-Rosinský A, Keil T, Slagman A. Prior Outpatient Care Use in Emergency Department Patients with Low- and High-acuity Conditions in Germany. *West J Emerg Med* 2025; **26**(5): 1183–91.
20. Ruegenberg A, Schmiedhofer M, Kreutzberg A, Henschke C, Möckel M, Slagman A. Blackbox: Psychosoziale Fälle in der Notaufnahme. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin* 2024; **119**(1): 10–7.
21. Fischer-Rosinský A, Slagman A, Legg D, et al. Frequency, demographics, diagnoses and consultation patterns associated with low-acuity attendances in German emergency departments: a retrospective routine healthcare data analysis from the INDEED project. *BMJ Open* 2024; **14**(12): e084986.
22. Hans FP, Röttger MC, Kleinekort J, et al. Effects of a Central Point of Assessment with Digitally Assisted Triage in an Integrated Emergency Center. *Dtsch Arztebl Int* 2024; **121**(25): 849–50.
23. Slagman A, Bremicker A, Möckel M, Eienbröker L, Fischer-Rosinský A, Gries A. Evaluation eines Assistenzsystems zur Patientensteuerung in der Notaufnahme. *Dtsch Arztebl International* 2024; **121**(21): 703–9.
24. Slagman A, Fischer-Rosinský A, Legg D, Schmieder K, Möckel M. Identification of low-acuity attendances in routine clinical information documented in German Emergency Departments. *BMC Emerg Med* 2023; **23**(1): 64.
25. Fischer-Rosinský A.; Slagman A. KR, Reinhold T., Schenk L., Schneider A., Greiner F., von Stillfried D., Rosenbusch M.-L., Schulz M., Schreiber D., Drepper J., , Zimmermann G. LC, Günster C., Dröge P., Busse R., Baier N., Henschke C., Roll S., Keil T., Möckel, M. Ergebnisbericht Innovationsfond - Inanspruchnahme und sektorenübergreifende Versorgungsmuster von Patienten in Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland, 2023.
26. Kellner P. DispoAkut in der ZNA - Kurzversion. 2 SmED User-Conference. Berlin; 2024.
27. Oslislo S. DispoAkut Bayern in Rosenheim - Studienergebnisse. 2 SmED User-Conference. Berlin; 2024.
28. Slagman A, Bremicker A, Möckel M, Eienbröker L, Fischer-Rosinský A, Gries A. Evaluation of an Automated Decision Aid for the Further Referral of Emergency Room Patients—A Prospective Cohort Study. *Dtsch Arztebl Int* 2024; **121**(21): 703–9.