DGK.
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Tel: +49 (0) 211 600 692 – 12
Fax: +49 (0) 211 600 692 – 10
E-Mail: info@dgk.org
Web: dgk.org

Frau
Barbara Geiger
Abt. Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung
Mauerstraße 29,
10117 Berlin

Geschäftszeichen: 60243#00001

30. November 2025

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 12.11.2025 eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

A. Einordnung

Der vorliegende Gesetzentwurf ist als notwenige Initiative zu begrüßen und es besteht Einigkeit in der Einschätzung, dass Notaufnahmen und Rettungsdienste übelastet sind. Hier ist zu konkretisieren, dass die Überlastung von Notaufnahmen im Sinne von „Crowding“ konkret Patient:innen gefährdet und Mitarbeitende unverhältnismäßig belastet (Möckel M im DIVI-Jahrbuch 2025/26). Die Überlastung des Rettungsdienstes besteht in der Verlängerung der Hilfefristen. Weiterhin behandelt jede Fahrzeugbesatzung aber maximal eine(n) Patient:in zur Zeit. Ob die Überlastung des Rettungsdienstes in Deutschland zu Nachteilen für die Bevölkerung führt, ist wissenschaftlich bisher nicht nachgewiesen. Dennoch ist das eine zentrale Anliegen des Referentenentwurfs, die medizinische Notfallrettung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern 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. Allerdings sind die Kostenabschätzungen in diesem Kontext spekulativ. Es ist auf jeden Fall auch davon auszugehen, dass es im Bereich der häuslichen Versorgung eine Mangelsituation gibt, so dass notwendige zusätzliche Angebote nicht unbedingt zu einer Reduktion von Leistungen an anderer Stelle führen müssen. Zudem fehlt eine Einordnung, welche fachlichen Kompetenzen der aufsuchende Dienst haben muss, um effektiv handlungsfähig zu sein. Beispielsweise werden in Dänemark (Best practice Beispiel Universitätsklinikum Odense) qualifizierte Notärzte für den aufsuchenden Dienst bei geriatrischen Fällen eingesetzt(1, 2). Ärzte

dieser Qualifikation stehen der KV aktuell nur sehr eingeschränkt zur Verfügung. Darüber hinaus werden aktuell vom BMG Primärarztmodelle diskutiert, die eine erhebliche Mehrarbeit im Bereich von Hausärzt:innen zur Folge hätten. Diese stehen dann umso weniger für den aufsuchenden Dienst oder die Arbeit in Notdienstpraxen bzw. im INZ zur Verfügung. Die Interaktion verschiedener Gesetzgebungsverfahren muss unbedingt beachtet werden. Im Referentenentwurf fehlt die Abschätzung von Aufwänden und Kosten, wenn der Rettungsdienst zukünftig Leistungen vor Ort erbringt. Es ist offensichtlich, dass dann entsprechend qualifiziertes Personal auf jedem Rettungswagen sein muss, dass Einsätze mit Versorgung vor Ort länger dauern und zusätzliche Kosten erzeugen und der Ruf nach einer Akademisierung des Rettungsdienstes nach angloamerikanischem Vorbild laut werden wird. Die Implementierung telemedizinischer Behandlungen wird ebenfalls weder konkretisiert noch ökonomisch realistisch abgeschätzt. So sind Videosprechstunden für körperlich eingeschränkte Menschen nicht ohne Hilfestellung möglich, Vitaldaten aus Wearables müssen erfasst und ggf. strukturiert in die ePA gelangen, was aktuell nicht möglich ist. Die Kosten für eine flächendeckende Digitalisierung der Gesundheitsversorgung vor Ort in Deutschland liegen m.E. im Bereich mehrerer Milliarden Euro und folgen einem nach wie vor steigenden Versorgungsbedarf und haben unmittelbar kein Einsparpotential.
Das zweite Ziel des Referentenentwurfs beruht bedauerlicherweise auf der Hypothese, dass „Fehlsteuerung" entscheidend zu einer "Überlastung von Akteuren insbesondere der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes" führte. Dieses Narrativ ist wissenschaftlich nicht belegt. Tatsächlich ist aber in den vergangenen Jahren intensiv nachgewiesen worden, dass das Steuerungspotential bei maximal 30% der Notaufnahmepatienten(3) liegt und dies auch gut zu internationalen Daten passt. Diese potentiellen 30% der Fälle lassen sich aber praktisch nur zu einem Bruchteil steuern, da die erforderlichen medizinischen Leistungen an Wochenenden und außerhalb der Servicezeiten der KV nur im Krankenhaus verfügbar sind. Patienten könnten sowieso nur unter hohem Risiko aus einer Notaufnahme „weggeschickt“(4) werden und das Haftungsrisiko läge bei der Einrichtung oder beteiligten Ärzt:innen. Bereits 2017 haben Scherer et al. gezeigt, dass die Gründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen durch theoretisch im KV-System zu versorgenden Patienten maßgeblich in der fehlenden Verfügbarkeit oder Erreichbarkeit von Kompetenz und Leistungen liegen(5). Die drei Hauptgründe niedrig dringlicher Fälle, die Notaufnahme aufzusuchen waren Diagnosen Trauma und Hauterkrankungen sowie die Nichtverfügbarkeit ambulanter Angebote. Zahlreiche weitere Arbeiten, haben die Gründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen aus verschiedenen Perspektiven untersucht(6-10). Zusammengefasst ist eindeutig belegt, dass Patient:innen geplant und rational, oftmals auf Zuweisung aus ambulanten Strukturen die Notaufnahme aufsuchen und dass es einen offensichtlichen Mangel an Ressourcen für die medizinischen Versorgung dieser Fälle gibt.

Zu den wesentlichen Maßnahmen des Entwurfs zählen einige durchaus sinnvolle Maßnahmen, die jedoch wie oben ausgeführt wurde, noch inkomplett sind. Dabei sind aus unserer Sicht eher Ergänzungen des Entwurfs als gegensätzliche Alternativen erforderlich. Die Einrichtung einer Akutleitstelle der KV statt der bisherigen Terminservicestelle und die "Vernetzung" mit den Rettungsleitstellen, die weiterhin unter 112 erreichbar bleiben mit digitaler Fallübergabe erscheint sinnvoll. Die Verpflichtung der KV zur durchgängigen "telemedizinischen und aufsuchenden Versorgung" ist wie oben ausgeführt wurde, kurzfristig nach unserer Einschätzung unrealistisch, weil geeignet qualifizierte Ärzt:innen und die technische Infrastruktur fehlen. Dass aus nicht näher spezifizierten "Modellprojekten" geschätzt wird, dass diese unrealistischen Maßnahmen zu einer Fallzahlreduktion von 1,21 Mio Patient:innen in Notfallstrukturen führen könnten, ist reine Spekulation. Dabei ist entscheidend, dass in Routinedaten die Patienten in Notaufnahmen wegen des fehlenden Fachabteilungsschlüssels nicht eindeutig identifiziert werden können. Werden umgekehrt ambulante Kontakte vor und nach Notaufnahmekontakten untersucht, so findet man eindeutig, dass die Notfallversorgung mehrheitlich komplementär ist und die ambulante Versorgung nicht ersetzt(11).
Ein positiver Aspekt ist die Einführung integrierter Notfallzentren (INZ), die aus einer zentralen Ersteinschätzungsstelle, einer KV-Praxis 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 unter Begutachtung).
Es wird im Begleittext zum Gesetz vage erwähnt, dass im Kontext „Vergütungsstrukturen angepasst werden“. Des Weiteren sollen INZ-Standorte im erweiterten Landesausschuss innerhalb von 6 Monaten nach "bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben", die nicht spezifiziert werden, festgelegt. Die Anzahl der INZ wird mit "flächendeckend" sehr vage angegeben. Hier sind aus unserer Sicht konkrete Festlegungen unter Einbezug notfallmedizinischer Expertisé erforderlich. Patienten drängen wie oben ausgeführt in große Zentren mit hoher medizinischer Kompetenz und können perspektivisch von dort besonders gut in die weitere Versorgung gesteuert werden. Es ist sicher sinnvoll für Kinder und Jugendliche "geeignete Standorte auszuwählen" und ggf. in INZ telemed. Angebote für Kinder zu integrieren. Die „medizinische Notfallrettung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung" zu verankern wird befürwortet.

B. Notwendige Ergänzungen

Aktuell sind die Notaufnahmen unterfinanziert, da insbesondere die Vorhaltekosten und die Versorgungsleistungen an akut erkrankten Menschen in den Vergütungssystemen nicht kostendeckend abgebildet sind. Daher ergeben sich wesentliche notwendige Ergänzungen zu dem 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 der Grünen, die die eine Vorhaltefinanzierung nach G-BA-Stufen fordern sollte geprüft werden. Allerdings wäre dies eine aus unserer Sicht teurere Alternative zu der LG 65.
4. Partnerpraxen spielen aus unserer Sicht in der Primärversorgung keine tragende Rolle. Eine Integration von Patienten ohne Hausarzt anlässlich Notaufnahmevorstellungen ist aber sinnvoll. Sollten Patienten aus Krankenhäusern ohne in solche mit INZ gesteuert werden, muss ein gesetzlicher Haftungsausschluss für die Weiterleitung eingeführt werden
5. Das Konzept der Chest-Pain-Units (CPU) ist, analog zu „Stroke-Units“, in Deutschland fest etabliert und muss daher als spezialisierter Teil im INZ erhalten bleiben. In Deutschland existieren 391 CPUs die von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie nach strengen Kriterien zertifiziert sind(12). Sie ermöglichen eine schnelle zielgerichtete Versorgung von Patienten mit akuten Thoraxschmerzen. Der G-BA hat in seinem Beschluss vom 20.11.2025 über eine Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in § 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen, zudem die Kriterien für CPUs noch einmal präzisiert.

Prof. Dr. Stefan Blankenberg
Präsident
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Prof. Dr. Martin Möckel
Federführender Autor & Stellv. Sprecher
Arbeitsgruppe Notfall- und Rettungsmedizin

Prof. Dr. Norbert Frey
Präsident-Elect
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Prof. Dr. Holger Thiele
Past-Präsident
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Literatur

1. Udesen SEJ, Nielsen DS, Andersen N, Rasmussen CH, Mikkelsen S, Braband M, et al. Healthcare professionals' experience with emergency department-based acute care performed within nursing homes. Age Ageing. 2022;51(8).
2. 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).
3. Fischer-Rosinský A, Slagman A, Legg D, Wu YN, King R, Roll S, 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.
4. 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.
5. Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I. Patients Attending Emergency Departments. Dtsch Arztebl Int. 2017;114(39):645–52.
6. 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.
7. 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.
8. Schmiedhofer M, Slagman A, Kuhlmann SL, Figura A, Oslislo S, Schneider A, 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).
9. 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.
10. Slagman A, Schmiedhofer M, Legg D, Krüger D, Eienbröker L, Holert F, 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.

11. Dröge P, Ruhnke T, Fischer-Rosinsky A, Henschke C, Keil T, Möckel M, et al. Patients pathways before and after treatments in emergency departments: A retrospective analysis of secondary data in Germany. Health Policy. 2023;138:104944.
12. Giannitsis E, Post F, Haerer W, Bauersachs J, Thiele H, Buerke M, et al. Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung für „Chest Pain Units“. Der Kardiologe. 2020;14(6):466–79.