Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-(HNO)Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (Bonn)

Datum: 03.12.2025

Die Kommentierung bezieht sich auf eine Struktur und Formulierung, die etliche Paragraphen umfasst und berührt. Sie kann deshalb nicht in Form einer gezielten Formulierungsänderung abgegeben werden.

Derzeitige Situation der Notfallversorgung im Fach HNO-Heilkunde

Notfälle im HNO-Bereich sind häufig und reichen von Minimalbefunden bis zu vital bedrohlichen Situationen bei Patienten[1] jeden Alters (Hahn et al. 2025). Für die Versorgung von Patienten mit kritischen und operationswürdigen Befunden stehen die *stationären* Versorger 24/7 zur Verfügung. Für die anderen, *ambulant* zu führenden Fälle ergibt sich ein sehr heterogenes Versorgungsmuster, wodurch diese nicht selten in die stationären Versorgungsstrukturen fehlgeleitet werden (Hoffmann et al. 2024).

Zur Sicherung der *ambulanten* HNO-spezifischen Notfallversorgung sind uns außerhalb der regulären Dienstzeiten und am Wochenende unterschiedliche Abläufe und Organisationsformen bekannt:

- 1. Die HNO-Vertragsärzte einer Stadt oder Region stellen außerhalb der Praxiszeiten einen Notdienst für ambulante Fälle mit organisatorischer Hilfe der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in ihren eigenen Praxen.
- 2. Die HNO-Vertragsärzte einer Stadt oder Region stellen außerhalb der Praxiszeiten einen Notdienst für ambulante Fälle mit organisatorischer Hilfe der KV in einer zentralen Notfallpraxis alleinstehend, nicht in der Nähe einer Klinik.
- 3. Die HNO-Vertragsärzte einer Stadt oder Region stellen außerhalb der Praxiszeiten einen Notdienst für ambulante Fälle mit organisatorischer Hilfe der KV in einer zentralen Notfallpraxis, die an oder in einer HNO-Notfallambulanz einer Klinik verortet ist. Ambulante Fälle übernimmt die Vertragsarztpraxis, komplexere Fälle übernimmt die HNO-Notfallambulanz (Prinzip des „gemeinsamen Tresen“).
- 4. In manchen KV-Bezirken oder Regionen existiert keine ambulante Struktur für HNO-Notfälle. Was nicht allgemeinmedizinisch im Notdienst übernommen wird, wird für einen ersten HNO-Kontakt in die HNO-Notfallambulanz einer Klinik geschickt. Die HNO-Vertragsärzte engagieren sich für den Sicherstellungsauftrag in ihrem Fach durch Teilnahme am allgemeinmedizinischen Notdienst.

[1] Die Formulierung schließt Angehörige aller Geschlechter (m/w/d) ein. Die Verwendung der männlichen Formen hier und auch im Folgenden dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

Problemstellung

Nach dem bisherigen Entwurf des Gesetzes sind für Patienten mit Erkrankungen im HNO-Bereich keine speziellen Wege gewiesen. Absehbar würden Notfallpatienten in einem INZ zunächst der allgemeinen Ersteinschätzung unterzogen. Es ist zu erwarten, dass im Rahmen dieser Ersteinschätzung alle Patienten mit Beschwerdesymptomen im HNO-Bereich ohne weitere Beurteilung der Dringlichkeit in eine Notfallambulanz einer HNO-Klinik weitergeleitet werden. So ergibt sich für HNO-Kliniken und vermutlich auch andere Fachkliniken (Augenheilkunde, MKG, Dermatologie) keine Entlastung von Fällen, die eigentlich im Vertragsarzt-Bereich abschließend behandelt werden könnten. Der Patient wird in seiner subjektiven Notfallsituation zu seinem Unverständnis auf unnötige Wege geschickt.

Im vorliegenden Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung wird im Wesentlichen nur die allgemeinmedizinische Versorgung organisiert. Es gibt Regelungen für die Kinderheilkunde und die Psychiatrie. Für andere spezialisierte Fächer wie die Augen- oder die HNO-Heilkunde, die bislang öfter wegen der Spezialisierung in Diagnostik und Therapie eigene Notdienste eingerichtet haben, finden sich keine oder nur beiläufige Erwähnungen oder Regelungen.

Eine Regelung ergibt sich in § 123a SGB V im Gesetzestext auf Seite 19/99 oben, Spiegelstrich 5:

die Möglichkeiten einer Kooperation nach § 123 Absatz 1 Satz 7 mit Vertragsärzten oder medizinischen Versorgungszentren im Umkreis des Standorts.

Im Übrigen ist vorgesehen, dass Interdisziplinäre Notfallzentren (INZ) möglichst an einem Standort mit vielen Notfall-relevanten Fachabteilungen eingerichtet werden sollen.

In den Begründungen zum Text auf Seite. 67/99 oben wird ausgeführt:

Nach Satz 7 sollen zusätzlich zu der Notaufnahme und der Notdienstpraxis auch geeignete, im Umkreis des Krankenhausstandortes gelegene Kooperationspraxen in die Kooperationsvereinbarung des Integrierten Notfallzentrums eingebunden werden. Dies können selbständige Vertragsarztpraxen und medizinische Versorgungszentren sein, die, während der regulären vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten, zu denen die Notdienstpraxis im Integrierten Notfallzentrum nicht geöffnet hat, die Versorgung von Akutfällen übernehmen. Hierzu sollen alle geeigneten Facharztgruppen in Betracht gezogen werden, etwa Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin, für Orthopädie, für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und für Psychiatrie.

Unklar ist, warum Kooperationspraxen zu den Zeiten während der Facharztpraxen üblicherweise geschlossen sind, nicht auch an der Notfallversorgung beteiligt sein sollen. Ein wesentlicher Anfall an Notfällen erfolgt außerhalb der Sprechzeiten bzw. führt zu diesen Zeiten (Spätnachmittag bis Abend, Samstag, Sonntag, Feiertage) zu Versorgungsproblemen. Insofern kann eine HNO-Kooperationspraxis, die nur während der regulären Praxiszeiten geöffnet ist, das Problem der Versorgung nicht lösen. Hinzuweisen ist darauf, dass solche Kooperationspraxen zudem lediglich optional vorgesehen sind.

Lösungsmöglichkeiten

Um Patienten mit einer dringend zu behandelnden HNO-Erkrankung fachlich Hilfe zukommen zu lassen und eine Fehlinanspruchnahme der HNO-Klinik-Notfallambulanz im INZ zu vermeiden, erscheint die Lösung zu 3. unter Qualitätsaspekten eine sinnvolle Lösung. Sie würde am besten die Sektorengrenzen durch einen „gemeinsamen Tresen“ und die enge Kooperation zwischen KV-HNO-Praxis und HNO-Klinikambulanz überbrücken. Sie fördert den fachlichen Dialog zwischen den Sektoren und ermöglicht die qualitativ bestmögliche Versorgung. Das System nach 3. erspart dem Notfallpatienten möglicherweise nicht einfach zu findende Wege zu einer distanten HNO-Notfallpraxis. Die Flächenversorgung hängt von der Dichte solcher Strukturen nach Lösung 3. ab, die wiederum mit der Dichte von stationären Einrichtungen für die HNO-Versorgung verknüpft ist. Da im KHVVG/KHAG in der Planung der Flächenversorgung auch die HNO-Heilkunde mit beachtet werden muss, können entsprechende „gemeinsame Tresen“ auch entsprechend flächendeckend vorgesehen werden.

Eine Alternative wäre, dass Patienten in der Ersteinschätzung eines INZ kritisch beurteilt werden, ob eine gegebene HNO-ärztliche Symptomatik wirklich einer fachärztlichen Beurteilung bedarf oder durch die allgemeinen Strukturen des INZ oder zeitlich verzögert zu Praxiszeiten behandelt werden könnte. Hierzu erscheinen fachliche Schulungen sinnvoll (Hahn et al. 2025). Es könnte auch eine frühe Lenkung der Patienten, u.U. mit telekommunikativer Unterstützung auf Niveau der Notfallrufnummern (116117 oder 112) erfolgen. Es wäre zu regeln, dass für INZ mit einer HNO-Klinik Kooperationen mit vertragsärztlichen HNO-Praxen im oder am INZ oder fußläufig nahe eingerichtet werden müssen und diese auch zu Zeiten außerhalb der üblichen Praxis-Öffnungszeiten, z.B. an Werktagen von Spätnachmittag bis 22:00 Uhr und an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen (siehe die sonstigen Regelungen für KV-Praxen im INZ) funktionsfähig sind. Die HNO-Klinik am INZ würde die Nachtzeiten übernehmen und den KV-Sicherstellungsauftrag in diesen Fristen vertreten. Die eintreffenden Patienten im INZ werden regulär einer Erstbeurteilung unterzogen, so dass offensichtliche Bagatellfälle auch nicht die KV-HNO-Praxis des INZ erreichen würden, sondern einer zeitlich verzögerten Beurteilung z.B. am Folgetag zugwiesen werden können.

Literatur

Hoffmann, TK, et al. Stellungnahme der Wissenschaftlichen Fachgesellschaft und des Berufsverbandes zur Notfallversorgung in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunge. Laryngorhinootologie 2024; 103(08): 578-585; DOI: 10.1055/a-2338-0808

Hahn, J et al. Notfälle in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Diagnostik, Einschätzung der Dringlichkeit, therapeutische Schritte. Deutsches Ärzteblatt Jg 122, Heft 19, Seite 533, 19. Sept. 2025

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	
2	§ 30	Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung • Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall • Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport • Notfallmanagement als Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage einschließlich telefonischer Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme • Notfallmedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports durch nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte • Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen • Zuzahlung	
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	
13	§ 105	Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVen durch gemeinsam von KV und Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
16	§ 120	• Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung • Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)	
17	§ 123	Integrierte Notfallzentren (INZ) • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe • Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung • Versorgungsvertrag mit Apotheken • Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ	
	§ 123a	Einrichtung von INZ • Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien • Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen • Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV	
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
	§ 123c	Ersteinschätzung • Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat • Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung • Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen • Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • EBM für Ersteinschätzung	
18	§ 133	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich • Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung	
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle • Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme • Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten • Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen • Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner • Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen • Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme	
	§ 133b	Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmgewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG • Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG • Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG • Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG	
	§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	
	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung • Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes • Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen • Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden	
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	
24	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	
25	§ 377	Redaktionelle Folgeänderung	
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	
			Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	
			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken	
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken	
			Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung	
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Bertreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	
2	§ 15	Ausnahme von Ein- und Ausfuhrgenehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III des BtMG aufgeführten Stoffe auf einem Fahr-zeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf	
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		