

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfall- versorgung

Drucksache 21/6808

08. September 2026

anlässlich der öffentlichen Anhörung

vor dem Ausschuss für Gesundheit

am 9. September 2026

- Die Neustrukturierung der Notfallversorgung ist dringend erforderlich und wird begrüßt. Es sollten bundesweit einheitliche Regelungen angestrebt werden, bei der alle Prozesse und Verfahren von der Notrufabfrage über die Ersteinschätzung der Akutleitstellen bis zur Behandlung in den Integrierten Notfallzentren (INZ) gut miteinander abgestimmt und vernetzt werden.
- Die Notfallversorgung fällt unter die Fürsorgepflicht des Staates und ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe - zumindest überwiegend - aus Steuermitteln zu finanzieren. Eine Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen sollte nur auf leistungs- und fallbezogener Grundlage erfolgen. Pauschale Strukturfinanzierungen und eine starre Beteiligungsquote von 7 Prozent sind ordnungspolitisch damit nicht vereinbar.
- Um eine rechtssichere und systemgerechte Ausgestaltung zu erreichen, ist eine einzelfallbezogene Abrechnung überall dort erforderlich, wo ein Kontakt zum Hilfesuchenden mit Personenidentifikation entsteht.
- Es sollte gesetzlich klargestellt werden, dass es keine unterschiedlichen Rettungsdienstentgelte für gesetzlich und privat Versicherte geben darf. Kosten für Einsätze ohne rettungsdienstlichen Notfall im Sinne des § 30 SGB V dürfen nicht in die Entgeltkalkulation einfließen und sind bundesrechtlich einheitlich auszuweisen.

I. Allgemeine Anmerkung

Die PKV begrüßt das Ziel einer besser abgestimmten Notfallversorgung. Eine medizinisch sinnvolle Steuerung der Patienten und damit einhergehend eine Entlastung der stationären Strukturen gelingt am besten, wenn für die Bürgerinnen und Bürger einfach verständliche, transparente und funktionierende Versorgungsprozesse geschaffen werden.

Seitens der Privaten Krankenversicherung besteht die Bereitschaft, die entsprechenden notwendigen Aufwendungen der medizinischen Notfallbehandlung sowohl online als auch vor Ort fall- und leistungsbezogen angemessen zu vergüten. Um eine rechtssichere und systemgerechte Ausgestaltung zu erreichen, ist - soweit möglich - eine einzelfallbezogene Abrechnung erforderlich. Das trägt auch zur zielgerichteten Inanspruchnahme des Systems bei. Pauschalen sind nicht sachgerecht und erlauben keine versicherten- und tarifbezogene Zuordnung. Deshalb sollten im Rahmen der Gesetzgebung die entsprechenden Grundlagen für eine solche Dokumentation und Abrechnung geschaffen werden.

Es ist nicht sachgerecht, der Privaten Krankenversicherung pauschal die Kosten für den Aufbau und die Organisation Integrierter Notfallzentren oder von Gesundheitsleitsystemen aufzuerlegen. Hierbei handelt es sich um Leistungen der Daseinsvorsorge bzw. gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die grundsätzlich aus Steuermitteln getragen werden müssen. Die Mittel sollten aus dem Bundeshaushalt stammen und entsprechend an die Bundesländer weitergeleitet werden. Im Übrigen ist nur durch die Steuerfinanzierung eine gerechte Kostenverteilung über alle Nutzergruppen gewährleistet. Bei einer Pauschalfinanzierung durch die GKV und die PKV würden hingegen auch Leistungsberechtigte anderer Kostenträger profitieren, ohne für die Leistung gezahlt zu haben. Dies sind insbesondere die Beihilfeträger in Bund und Ländern, die Träger der freien Heilfürsorge und die Unfallversicherung.

Der bewährte und sachlich gebotene Grundsatz einheitlicher Rettungsdienstentgelte für alle Hilfesuchenden muss erhalten bleiben und droht zu verschwinden, wenn es Landkreisen und Kommunen freigestellt ist, für unterschiedliche Nutzergruppen wie etwa PKV- und Beihilfeversicherte oder Angehörige der freien Heilfürsorge andere Preise als für GKV-Versicherte aufzurufen (wie dies die Gesetzesbegründung nahelegt). Die Kosten für Leistungen der medizinischen Notfallrettung werden durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den vorgesehenen Leistungserbringern vertraglich vereinbart. Die PKV sollte als Beteiligter in die Preisverhandlungen einbezogen werden. Durch eine Klarstellung sollte zumindest sichergestellt werden, dass die Preise für alle Nutzergruppen unabhängig vom Kostenträger gleich sind. Zudem sollte gewährleistet sein, dass Kosten aus Fehlfahrten, bei denen kein rettungsdienstlicher Notfall vorlag, nicht in die Kalkulation der Entgelte einfließen dürfen.

II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs

Zu Art. 1 Nr. 14, § 105 Abs. 1b SGB V – Finanzierung von notdienstlichen Strukturen durch die Kostenträger

Vorgeschlagene Regelung:

In § 105 Abs. 1b SGB V-E wird festgelegt, dass Kassenärztliche Vereinigungen und die Krankenkassen zweckgebunden die Strukturen des ärztlichen Versorgungsangebots und aufsuchenden Dienstes, der Akutleitstelle, des Gesundheitsleitsystems sowie der Integrierten Notfallzentren finanzieren und dazu verhandeln. Über die Höhe des Finanzierungsbetrags sowie dessen Verwendung ist mit dem PKV-Verband Einvernehmen herzustellen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen sollen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den von den Kassen bereitzustellenden Beträgen beteiligen. Der PKV-Verband und die Kassenseite vereinbaren das Nähere zur Bereitstellung des Betrages.

Bewertung:

Grundsätzlich handelt es sich bei der im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Strukturfinanzierung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die der Daseins- und Gesundheitsversorgung dient, allen Menschen unabhängig vom Versicherungsstatus zugutekommt und aus Steuermitteln zu finanzieren wäre. Neben gesetzlich und privat krankenversicherten Personengruppen profitieren von den neuen Strukturen auch Personen, die keinem der beiden Krankenversichertensysteme angehören. Dazu gehören etwa Personengruppen mit Anspruch auf Freie Heilfürsorge (v.a. Polizei, Feuerwehr oder Bundeswehr), Menschen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen oder Reisende aus dem Ausland. Aus diesem Grunde ist mindestens eine Mitfinanzierung aus Steuermitteln geboten.

Eine pauschale Abgeltung von Aufwänden, wie sie beim Aufbau neuer Strukturen in der Notfallversorgung beabsichtigt ist, ist der privaten Krankenversicherung nicht möglich. Pauschale Finanzierungen sind der PKV systemfremd, zumal wenn sie nicht leistungsbezogen – gewissermaßen als „Vorhaltevergütung“ – in bestimmte Finanzierungstöpfе der Kassenärztlichen Vereinigungen fließen. Eine rechts- und revisionssichere Abrechnung, die auch der aufsichtsrechtlichen Prüfung standhält, ist ausschließlich durch eine leistungsbezogene Einzelfallabrechnung möglich. Nur dann können die Aufwendungen dem entsprechenden Leistungsfall zugeordnet und tariflich gezahlt werden.

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens könnten die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen werden, damit Privatversicherte und beihilfeberechtigte Personengruppen entsprechend ihrer Nutzung an der Finanzierung der Notfallbehandlung beteiligt werden können. Dies kann ggf. durch Zuschläge oder Abrechnungsziffern erfolgen, die der PKV-Verband mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren könnte.

Bei der Anwendung der Notfallsysteme ist darauf zu achten, dass eine medienbruchfreie Datenübertragung von Gesundheitsdaten und die Nutzung der TI-Strukturen zur Übermittlung

erforderlicher behandlungsrelevanter Informationen an die jeweilige Einrichtung oder den Arzt auch für Privatpatienten sichergestellt sind. Hierzu bedarf es klarer gesetzlicher Regelungen.

Zu Art. 1 Nr. 18, § 123 Abs. 2 SGB V – Integrierte Notfallzentren

Vorgeschlagene Regelung:

Geregelt wird u.a. die Durchführung einer Ersteinschätzung, wenn Hilfesuchende das integrierte Notfallzentrum (INZ) aufsuchen zur Bestimmung der Behandlungsdringlichkeit. Darauf aufbauend wird bei erforderlicher ambulanter Weiterbehandlung mit Option zur Durchführung in der vertragsärztlichen Versorgung geregelt, wie diese zu organisieren ist. Weist ein Hilfesuchender nach, dass er aufgrund einer Vermittlung durch die Akutleitstellen das INZ aufgesucht hat, wird er bei gleicher Behandlungsdringlichkeit vorrangig behandelt. Das Nähere zum Nachweis der Vermittlung durch eine Akutleitstelle ist im Bundesmantelvertrag zu vereinbaren.

Bewertung:

Die Regelungen dieses Gesetzes sehen eine Finanzierungsbeteiligung der Privaten Krankenversicherung u.a. an den Akutleitstellen vor unter der Annahme, dass diese von allen Betroffenen unabhängig vom Versichertenstatus genutzt werden. Dementsprechend sind dann alle Regelungen im Zusammenhang mit der weiteren Vermittlung, wie zum Beispiel im Satz 8 im genannten Absatz, im Einvernehmen mit dem PKV-Verband zu treffen. Partner des Bundesmantelvertrags sind aber nur GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung, nicht aber der PKV-Verband. Daher muss auch an dieser Stelle das Einvernehmen mit dem PKV-Verband hergestellt werden.

Änderungsvorschlag:

Satz 8 wird ergänzt um die Herstellung des Einvernehmens mit dem PKV-Verband.

„Das Nähere zum Nachweis der Vermittlung durch eine Akutleitstelle ist im Bundesmantelvertrag im Einvernehmen mit dem PKV-Verband zu vereinbaren.“

Zu Art. 1 Nr. 19, § 133 SGB V - Verträge über Entgelte für Leistungen der medizinischen Notfallrettung

Vorgeschlagene Regelung:

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern Verträge über die Entgelte für die einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam, einheitlich und elektronisch die wesentlichen Inhalte der nach Satz 1 abgeschlossenen Verträge.

Bewertung:

Mit der Reform der Notfallversorgung auf Bundesebene sollen u. a. ein Anspruch der GKV-Versicherten auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung und die Grundlage für Entgeltverträge zwischen der Kassenseite und den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern normiert werden.

Die Regelung, dass die Entgelte der Leistungen der medizinischen Notfallrettung durch Vereinbarungen mit den Kassen und nicht durch einseitige Gebührenfestsetzungen bestimmt werden sollen, ist zu begrüßen. Hierdurch wird dem Interesse der Kostenträger an einer aktiven Mitwirkung und Einflussnahme auf die Höhe der Vergütung in angemessener Weise Rechnung getragen.

Die Entgeltvereinbarungen sollten allerdings im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung erfolgen. Eine Benehmensregelung ist geboten, da die vereinbarten Entgelte gleichermaßen auch für Privatversicherte relevant sind. Im Bereich der Notfallrettung, die nicht nur Aufgabe der Daseinsvorsorge, sondern auch Teil der Gefahrenabwehr ist, sollte eine Entgeltdifferenzierung anhand des Versichertenstatus des Hilfesuchenden – auch aus ethischen Gründen – nicht intendiert sein. Durch die vorgeschlagene Regelung in § 133 SGB V soll der neue, auf § 30 SGB V basierende Anspruch der GKV-Versicherten auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung ausgestaltet werden, ohne dass die bisherige Rechtslage einheitlicher Preise verändert und die PKV-Versicherten benachteiligt werden; dies sollte Ausdruck im Gesetz und in der Gesetzesbegründung finden.

Aus einer Benehmensregelung folgt in der Konsequenz, dass auch dem Verband der Privaten Krankenversicherung die wesentlichen Inhalte der abgeschlossenen Entgeltverträge zu übermitteln sind.

Ergänzend ist im Kontext der Entgeltverträge eine bundesgesetzliche Klarstellung hinsichtlich der Kosten von Fehlfahrten und Fehleinsätzen erforderlich. Der Kabinettsentwurf macht deutlich, dass der Gesetzgeber Fehlsteuerungen und daraus resultierende unnötige Inanspruchnahmen ausdrücklich erkennt und vorrangig mit Steuerungs- und Präventionsinstrumenten adressiert. So werden u. a. in § 75 SGB V Maßnahmen zur Dokumentation und Datennutzung vorgesehen, um Haftungsfragen klären und den Umgang mit häufig Anrufenden verbessern zu können. Außerdem sollen nach § 133b SGB V im Rahmen von Rahmenempfehlungen Maßnahmen zur Vermeidung nicht bedarfsgerechter Einsätze – etwa durch Vernetzung komplementärer Dienste sowie Case-Management für vulnerable Gruppen und Personen mit häufigen Alarmierungen – entwickelt werden.

Diese Instrumente sind sachgerecht und zu begrüßen. Gleichwohl können auch bei verbesserter Steuerung Einsätze auftreten, bei denen sich vor Ort zeigt, dass kein rettungsdienstlicher Notfall im Sinne des § 30 vorlag. Solche Einsätze binden knappe Ressourcen, beeinträchtigen die Verfügbarkeit für echte Notfälle und verursachen erhebliche Kosten. Ohne eine eindeutige bundesrechtliche Vorgabe drohen in den Entgeltverträgen nach § 133 SGB V uneinheitliche

Kalkulations- und Abgrenzungsansätze sowie wiederkehrende Konflikte zwischen den Vertragsparteien.

Eine uneingeschränkte Kostenbelastung der Kostenträger ist nicht sachgerecht. Nach der Rechtsprechung des OVG Berlin-Brandenburg (Urt. v. 28.01.2026 – OVG 6 A 13/25) ist es mit dem Grundsatz der Leistungsproportionalität nicht vereinbar, Gebührenschuldner zu Kosten heranzuziehen, „die weder von ihnen verursacht wurden noch ihnen zuzurechnen sind“.

Vor diesem Hintergrund ist zu vermeiden, dass Fehlfahrten und Fehleinsätze über Entgelte nach § 133 SGB V mittelbar zulasten der Kostenträger mitfinanziert werden. § 133 Abs. 2 Satz 3 stellt bereits klar, dass bei der Kalkulation der Entgelte nur Kosten berücksichtigt werden dürfen, die der Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 dienen. Dies ist durch eine bundeseinheitliche Konkretisierung zur Abgrenzung und gesonderten Ausweisung von Fehlfahrten und Fehleinsätzen zu ergänzen, damit der kalkulatorische Ausschluss nicht durch uneinheitliche Vertragsgestaltung unterlaufen wird. Andernfalls drohen fortlaufende Streitigkeiten in den Entgeltverhandlungen zwischen den Vertragsparteien.

Änderungsvorschläge:

1. Nach § 133 Abs. 2 Satz 1 SGB V-E wird wie folgt gefasst:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern Verträge über die Entgelte für die einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30.“

2. Dem entsprechend ist unter „B. Besonderer Teil“ zu „Nummer 19, § 133, Absatz 2“ der dortige letzte Absatz, in dem abweichende Entgelte/Gebührensätze gegenüber privat Krankenversicherten (und auch Beihilfeberechtigten) als möglich bezeichnet werden, ersatzlos zu streichen.

3. Nach § 133 Abs. 2 Satz 3 SGB V-E wird folgender Satz eingefügt:

„Zu den Kosten der medizinischen Notfallrettung nach § 30 gehören nicht solche Kosten, die durch Fehlfahrten und Fehleinsätzen verursacht werden.“

4. § 133 Abs. 2 Satz 7 (neu) SGB V-E wird wie folgt gefasst:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam, einheitlich und elektronisch die wesentlichen Inhalte der nach Satz 1 abgeschlossenen Verträge.“

5. § 133 Abs. 3 Satz 6 SGB V-E wird wie folgt gefasst:

"Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam, einheitlich und elektronisch die wesentlichen Inhalte der Vereinbarungen nach Satz 2."

6. § 133 Abs. 5 Satz 1 SGB V-E wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung in einer Richtlinie das Nähere insbesondere zu den wesentlichen Inhalten und zur möglichst einheitlichen Ausgestaltung der Verträge nach Absatz 2 Satz 1 und der Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 2 sowie das Nähere zur Übermittlung der wesentlichen Inhalte der Verträge nach Absatz 2 Satz 7 und der Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 6.“