

Berlin, 21. August 2026

STELLUNGNAHME

ZUM ENTWURF EINES GESETZES ZUR REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG

GRUNDSÄTZLICHE EINORDNUNG

Eine Reform der Notfallversorgung gehört zu den entscheidenden Erfolgsfaktoren für eine grundlegende Reform der Krankenhausversorgung in Deutschland. Nur wenn in allen Teilen des Landes eine funktionsfähige und verlässliche Notfallversorgung gewährleistet und erlebt werden kann, erlangen auch darüberhinausgehende Strukturreformen das Vertrauen und Verständnis einer breiten Öffentlichkeit. Die vorgesehene Notfallreform muss dementsprechend parallel zur Umsetzung der Krankenhausstrukturreform durch die Planungsbehörden der Länder ihre Wirkung entfalten und im Einklang mit den Mechanismen und Anreizen der Krankenhausreform realisiert werden, um den Menschen das Vertrauen für die notwendigen Strukturveränderungen zurückzugeben.

Der vorliegende Gesetzentwurf adressiert die richtigen Engpässe in der Notfallversorgung und hat die Erkenntnisse und die Hinweise aus den zurückliegenden Gesetzentwürfen sachgerecht und im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung aufgegriffen. Auf dieser Basis sind bereits kurzfristig relevante Versorgungsverbesserungen realisierbar. Voraussetzung dafür ist, dass sämtliche Regelungen darauf ausgerichtet bleiben, das Notfallaufkommen nach medizinischer Notwendigkeit an die adäquaten Versorgungsebenen zu vermitteln und unter optimalem Ressourceneinsatz eine fallabschließende Notfallversorgung zu ermöglichen.

Die dafür notwendigen Finanzierungsanreize sind in dem vorliegenden Gesetzentwurf bisher nur unzureichend aufgegriffen. Gleiches gilt für die Ausgestaltung der konkreten Leistungsbeziehung zwischen den an der Notfallversorgung beteiligten Akteuren. Daraus ergibt sich insgesamt folgender Anpassungsbedarf:

- Klarstellung des Vergütungsstatus rettungsdienstlich eingelieferter Patientinnen und Patienten (§ 123 Absatz 2 SGB V)
- Auftragsleistungen für erweiterte Diagnostik in Integrierten Notfallzentren (§ 123a Absatz 2 SGB V)
- Vergütungsanreize für Kooperationspraxen (§ 123a Absatz 4 SGB V)
- Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche – Auffangregelung bei fehlender Facharztkapazität (§ 123b SGB V)
- Rechtssichere Verzahnung der Koordinierungsfunktion nach § 6b KHG mit den landesweiten Koordinierungsaufgaben (§ 133g SGB V)
- Notfallstufenzuschläge und wirtschaftliche Absicherung der Übergangsphase (Krankenhausentgeltgesetz)

Nachfolgend finden Sie detaillierte Hinweise zu den Anpassungen in den relevanten Paragraphen.

VERGÜTUNGSSTATUS RETTUNGSDIENSTLICH EINGELIEFERTER PATIENTINNEN UND PATIENTEN (§ 123 ABSATZ 2 SGB V)

In der Gesetzesbegründung wird zutreffend klargestellt, dass Patientinnen und Patienten, die durch den Rettungsdienst oder einen Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung eingeliefert werden, nicht der Ersteinschätzung durch die zentrale Ersteinschätzungsstelle unterliegen, weil bei ihnen bereits eine Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wurde. Diese fachlich richtige Klarstellung bleibt jedoch auf die Gesetzesbegründung beschränkt und findet sich nicht im Wortlaut des Absatzes 2 selbst. Insbesondere fehlt eine ausdrückliche Regelung zu den wirtschaftlichen Konsequenzen: Ohne eine Klarstellung, dass diese Patientinnen und Patienten für die Abrechnung der Leistungen am Krankenhausstandort wie eingewiesene Patientinnen und Patienten zu behandeln sind, tragen die Kliniken das wirtschaftliche Risiko für die sachgerechte Zuweisung der Patientinnen und Patienten. Eine tragfähige Reform der Notfallversorgung muss darauf abzielen, für alle Leistungserbringer sowohl rechtlich als auch wirtschaftlich Sicherheit über ihren jeweiligen Versorgungsauftrag zu schaffen und gleichzeitig die notwendigen Anreize für eine fallabschließende Versorgung zu setzen.

Änderungsvorschlag

Einfügung als neuer Satz 2; die bisherigen Sätze 2 bis 8 werden entsprechend verschoben: *„Für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums unter Berücksichtigung der jeweiligen Kooperationspraxen. Patientinnen und Patienten, die durch den Rettungsdienst oder einen Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung in die Notaufnahme eingeliefert werden, fallen nicht unter Satz 1 und gelten für die Abrechnung ambulanter Leistungen am Krankenhausstandort als eingewiesene Patientinnen und Patienten im Sinne des § 115a Absatz 1. [...]“*

Begründung

Im Zusammenhang mit der standardisierten Ersteinschätzung in den integrierten Notfallzentren erscheint es sachlogisch, dass durch den Rettungsdienst eingelieferte und bereits durch die Akutleitstelle ersteingeschätzte Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme als eingewiesene Patientinnen und Patienten behandelt werden. Damit wird die fallabschließende und wirtschaftliche Versorgungsmöglichkeit durch das Krankenhaus sinnvoll erweitert. Ein Missbrauch ist durch die flächendeckend einheitliche Ersteinschätzung ausgeschlossen.

AUFTRAGSLEISTUNGEN FÜR ERWEITERTE DIAGNOSTIK IN INTEGRIERTEN NOTFALLZENTREN (§ 123A ABSATZ 2 SGB V)

Der Entwurf regelt in § 123a Absatz 2 Satz 5 SGB V die von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausträger zu schließende Kooperationsvereinbarung und sieht dabei unter Nummer 3 die Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses einschließlich der hierfür zu entrichtenden Entgelte vor. Die Nutzungsentgelte der Kooperationsvereinbarung nach Absatz 2 können sich aus praktischen und fachlichen Gründen nur auf Geräte und Einrichtungen beziehen, die direkt durch das Personal der Notfallpraxis genutzt bzw. angewendet werden können. Darüber hinaus wird es für die Abklärung einer weitergehenden Behandlungsnotwendigkeit in der Notfallversorgung regelmäßig vorkommen, dass die Notfall- oder Kooperationspraxen erweiterte diagnostische Maßnahmen veranlassen müssen. Hierfür bedarf es einer neuen Leistungsbeziehung für sogenannte Auftragsleistungen unter Veranlassung der Notfallpraxis, durchgeführt durch das kooperierende Krankenhaus. Die entsprechenden Regelungen sind gesetzlich zu verankern und können nicht Teil der Kooperationsvereinbarung sein. Die Vergütung für diese Leistungen ist jeweils durch den Auftraggeber zu leisten. Auf diese Weise werden sachgerechte Anreize zu einem wirtschaftlichen Umgang mit der erweiterten Diagnostik geschaffen. Der Umfang der festzulegenden Auftragsleistungen sollte durch den G-BA im Rahmen der Richtlinie nach § 123c definiert werden.

Änderungsvorschlag

Ergänzung einer Nr. 4 in § 123a Absatz 2 Satz 5 SGB V: „In der in Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren zur 1. Vornahme der in § 123 Absatz 2 Satz 1 genannten Entscheidung bis zu dem nach § 123c Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt, 2. Anmietung oder Bereitstellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Verbrauchsmaterial der Notdienstpraxis und 3. Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses einschließlich der hierfür zu entrichtenden Entgelte sowie 4. Erbringung von durch die Notdienstpraxis oder eine Kooperationspraxis veranlassten diagnostischen Auftragsleistungen durch das Krankenhaus sowie deren Vergütung durch die veranlassende Notdienstpraxis oder Kooperationspraxis auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs. Das Nähere zum zulässigen Umfang der Auftragsleistungen und zum Kreis der berechtigten Veranlasser bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Richtlinie nach § 123c.“

Begründung

In der Notfallversorgung wird regelmäßig eine über die räumlichen und personellen Möglichkeiten der Notdienst- oder Kooperationspraxis hinausgehende Diagnostik erforderlich, etwa Bildgebung oder Labordiagnostik. Die bisherige Regelung zur bloßen „Nutzung“ der Einrichtungen erfasst nicht den Fall, dass das Krankenhaus die Leistung selbst erbringt und gegenüber der veranlassenden Praxis abrechnet. Eine eigenständige Leistungsbeziehung für Auftragsleistungen schafft hierfür die notwendige Rechtsklarheit und vermeidet, dass Patientinnen und Patienten allein aus abrechnungstechnischen Gründen zusätzliche Wege zurücklegen müssen.

VERGÜTUNGSANREIZE FÜR KOOPERATIONSPRAXEN (§ 123A ABSATZ 4 SGB V)

Die Einbeziehung von Kooperationspraxen ist ein zentraler Baustein des Konzepts der Integrierten Notfallzentren. Ohne einen eigenständigen finanziellen Anreiz werden niedergelassene Praxen die zusätzliche Versorgung ersteingeschätzter Notfallpatientinnen und -patienten erfahrungsgemäß nur zurückhaltend übernehmen. Die in § 123a Absatz 4 vorgesehene Rahmenvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband regelt bislang ausschließlich organisatorische Fragen, nicht jedoch Vergütungsfragen.

Änderungsvorschlag

Ergänzung einer Nr. 7 in § 123a Absatz 4 SGB V: „6. zur Ausgestaltung der Übernahme der Aufgaben der Notdienstpraxis durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 teilnehmenden zugelassenen Leistungserbringer in dem in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Fall und 7. zu einem Vergütungszuschlag für die Versorgung von durch die Ersteinschätzungsstelle zugewiesenen Patientinnen und Patienten in Kooperationspraxen. [...]“

Begründung

Ohne eigenständigen finanziellen Anreiz ist nicht zu erwarten, dass niedergelassene Praxen die zusätzliche Versorgung ersteingeschätzter Notfallpatientinnen und -patienten in ausreichendem Umfang übernehmen. Ein verbindlicher Auftrag an die Rahmenvereinbarungspartner stellt sicher, dass eine Fehlallokation von behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten trotz systematischer Bedarfseinschätzung vermieden wird.

INTEGRIERTE NOTFALLZENTREN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE – AUFFANGREGELUNG BEI FEHLENDER FACHARZTKAPAZITÄT (§ 123B SGB V)

Die AKG-Kliniken begrüßen ausdrücklich die Einführung spezialisierter Integrierter Notfallzentren (INZ) für Kinder und Jugendliche nach § 123b sowie die in § 123 Absatz 3 Nummer 1 vorgesehene telemedizinische Anbindung von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin an Standorten ohne eigenes Kinder-Notfallzentrum. Gerade in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen ersetzen die Notfallstrukturen der Krankenhäuser immer häufiger fehlende diagnostische und überwachungstechnische Kapazitäten in der ambulanten Versorgung. Für den

Fall, dass der erweiterte Landesausschuss die Einrichtung eines Kinder-INZ an einem bestimmten Standort aus Versorgungsgründen für notwendig hält, aber aufgrund von fehlenden niedergelassenen Fachärzt/innen eine Einrichtung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen abgelehnt wird, sollten den ausgewählten Krankenhausstandorten erweiterte ambulante Behandlungsmöglichkeiten für eine wirtschaftliche Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen eingeräumt werden. Hierzu gehört insbesondere eine vollständige Abrechnungsfähigkeit der notwendigen diagnostischen Maßnahmen und Notfallbehandlungen im Rahmen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs.

Änderungsvorschlag

Vor Absatz 2 wird folgender Absatz 1a eingefügt: „(1a) Kann ein nach § 123b Absatz 1 aus Versorgungsgründen für erforderlich gehaltenes Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche mangels ausreichender fachärztlicher Kapazität der Kassenärztlichen Vereinigung nicht eingerichtet werden, ist dem betroffenen Krankenhausstandort eine erweiterte Abrechnungsmöglichkeit ambulanter Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs einzuräumen. Das Nähere regelt die Richtlinie nach § 123c.[...]“

Begründung

Stellt der erweiterte Landesausschuss den Bedarf für ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche fest, ist eine entsprechende Versorgung auch dann zu gewährleisten, wenn in der vertragsärztlichen Versorgung keine ausreichenden fachärztlichen Kapazitäten für den Betrieb eines INZ in Kooperation mit dem ausgewählten Krankenhausstandort verfügbar sind. In diesem Falle sind dem Krankenhaus erweiterte ambulante Behandlungsmöglichkeiten für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen einzuräumen.

RECHTSSICHERE VERZAHNUNG DER KOORDINIERUNGSFUNKTION NACH § 6B KHG UND §133G SGB V

§ 133g Satz 1 Nummer 1 sieht vor, dass die von der zuständigen Landesbehörde mit landesweiten Koordinierungsaufgaben betrauten Leistungserbringer des Notfallmanagements ihre Aufgabe im Zusammenwirken mit den Krankenhäusern wahrnehmen, denen nach § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen sind. Diese Formulierung begrüßen die AKG-Kliniken im Grundsatz, da sie eine systematische Verzahnung von Koordinierungsfunktion und Notfallversorgung gesetzlich nachvollzieht. Dabei sind die Aufgaben und Schnittstellen zwischen den koordinierenden Krankenhäusern und den koordinierenden Leitstellen rechtssicher zu verankern. Während die Krankenhäuser über die notwendigen Ressourcen und Netzwerke für eine abschließende Versorgung der Patientinnen und Patienten in ihrer jeweiligen Region verfügen, können die koordinierenden Leitstellen zu einer überregionalen Transparenz über Behandlungs- und Rettungskapazitäten beitragen. Auf diese Weise wird eine abgestufte Koordination der Versorgung möglich, die sowohl in der Regelversorgung als auch in Krisenlagen zur Stabilisierung der Versorgung beitragen kann. Wir empfehlen daher ausdrücklich die Verankerung einer Koordinierungsfunktion in jeder Notfallregion nach § 123a SGB V in die Rechtsgrundlage nach § 6b KHG. Auf dieser Basis wird der dringend notwendige regionale Bezug der Koordinierungsverantwortung gesetzlich verankert und für die Notfallversorgung nutzbar. Eine überregionale Vernetzung erfolgt dann über die koordinierenden Leitstellen nach § 133g SGB V.

Änderungsvorschlag

Ergänzung in § 6b KHG: „Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem Krankenhaus je Planungsregion für die Notfallversorgung nach § 123a SGB V unter der in Satz 3 genannten Voraussetzung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemeinsam zuweisen: [...]“

Begründung

Eine Koordinierung der Versorgung ist insbesondere im Bereich der Intensivmedizin und der Notfallversorgung von maßgeblicher Bedeutung. Hierbei ist immer auch ein Zusammenwirken mit den für die medizinische

Notfallrettung zuständigen Leistungserbringern und den Rettungsleitstellen erforderlich. Insofern erscheint eine Zuweisung der Koordinierungsaufgaben entsprechend der Planungsregionen für die Notfallversorgung sachgerecht.

NOTFALLSTUFENZUSCHLÄGE UND WIRTSCHAFTLICHE ABSICHERUNG DER ÜBERGANGSPHASE (KRANKENHAUSENTGELTGESETZ)

Aufgrund der herausragenden Bedeutung einer verlässlichen und glaubwürdigen Notfallversorgung für eine grundlegende Reform der Krankenhauslandschaft sollten die bestehenden Notfallstrukturen bis zum vollständigen Wirksamwerden der vorgeschlagenen Neuregelungen sowie der in Umsetzung befindlichen Krankenhausreform nachhaltig gesichert und gestärkt werden. Dafür empfehlen wir kurzfristig eine Anhebung der Notfallstufenzuschläge nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG. Im Sinne einer Vorhaltefinanzierung kann zur Refinanzierung eine anteilige Absenkung der Einzelfallvergütung erwogen werden. Darüber hinaus können die im Rahmen der Protokollerklärung der Bundesregierung zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in der Sitzung des Bundesrates am 10. Juli 2026 zugesagten Mittel für die Stabilisierung der Krankenhäuser an dieser Stelle sachgerecht zur Stabilisierung kritischer Versorgungsbereiche genutzt werden.

Änderungsvorschlag

Der Gesetzentwurf wird um folgenden Artikel ergänzt: „Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes: § 9 Absatz 1a Nummer 5 wird wie folgt geändert: Die Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung nach den Stufen des gestuften Systems von Notfallstrukturen werden befristet für den Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2029 um 25 Prozent angehoben.“

Begründung

Die Ausrichtung auf die neuen INZ-Strukturen parallel zu den laufenden Anpassungen im Rahmen der Krankenhausstrukturreform ist für die beteiligten Krankenhäuser und die Patientinnen und Patienten mit erheblichen Umstellungsaufwendungen und Verwerfungen verbunden. Eine befristete Anhebung der Notfallstufenzuschläge sichert die Funktionsfähigkeit der Notaufnahmen während der Übergangsphase wirtschaftlich ab und stärkt so das Vertrauen in die Verlässlichkeit der Notfallversorgung und der Zukunftsfähigkeit der veränderten Krankenhausstrukturen, ohne in die grundsätzliche Systematik einzugreifen oder das Reformziel zu konterkarieren.

DIE AKG-KLINIKEN

Die AKG-Kliniken sind ein Interessenverbund von 30 Großkrankenhäusern und Krankenhausverbünden aus dem gesamten Bundesgebiet mit einem Umsatz von rund 14 Milliarden Euro. Sie repräsentieren derzeit rund 51.000 Betten und vertreten damit nahezu 10 % der gesamtdeutschen Krankenhausversorgung. Etwa 1,6 Millionen Patientinnen und Patienten im Jahr werden in den Häusern der AKG-Kliniken von etwa 144.000 Mitarbeitenden vollstationär behandelt. Die Mitglieder sind Maximalversorger in kommunaler Trägerschaft und decken damit das gesamte medizinische Spektrum ab. Als kommunale Krankenhäuser erbringen die Mitglieder der AKG-Kliniken eine wichtige Leistung für die Versorgung der gesamten Bevölkerung, von der Grund- bis zur Maximalversorgung. Damit leisten sie einen wichtigen gesundheitspolitischen Beitrag. Die Gewinne werden reinvestiert und nicht an Investoren abgeführt. So bleiben die Gelder den Regionen erhalten.