

Gemeinsame Stellungnahme zum Kabinettsentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung vom 22. April 2026

Die unterzeichnenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände mit Schwerpunkt in der Notfallmedizin, in Digitalisierung, Medizinischer Informatik, Register- und Versorgungsforschung begrüßen den vorliegenden Kabinettsentwurf zur Reform der Notfallversorgung vom 22. April 2026.

Er übernimmt wesentliche Punkte aus unseren Stellungnahmen und lenkt die dringend notwendige Reform der Notfallversorgung in die richtige Richtung.

Der Kabinettsentwurf setzt zentrale, seit Jahren fachlich begründete und aus der Versorgungspraxis geforderte Reformelemente um: die digitale Vernetzung der Rufnummern 112 und 116117 in einem Gesundheitsleitsystem, den Aufbau Integrierter Notfallzentren (INZ), eine qualifizierte und softwarebasierte Ersteinschätzung, digitale Fallübergaben, den Versorgungskapazitätenachweis sowie die Neuordnung der medizinischen Notfallrettung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Notfallversorgung ist transsektoral

Notfallversorgung ist nicht auf Versorgungssektoren begrenzt! Sie ist ein zeitkritischer und transsektoraler Versorgungspfad, der aus Sicht der Patientinnen und Patienten gedacht werden muss: vom telefonischen Erstkontakt (112/116117), über Rettungsdienst / Notfallmanagement bis zur ambulanten oder stationären Behandlung, dabei häufig mit Übergaben zwischen Kassenärztlichem Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahmen, bzw. Krankenhausstrukturen. Der Gesetzentwurf adressiert diese Vernetzung grundsätzlich, braucht aber eine klarere Operationalisierung auf regionaler Ebene, damit die Reformziele (effiziente Ressourcennutzung, bessere Patientensteuerung, höhere Versorgungsqualität) tatsächlich erreicht werden.

Wir unterstützen das Zielbild einer "vernetzten, digitalen und standardisierten Notfallversorgung" ausdrücklich. Aus Sicht der zeichnenden Organisationen sind dafür jedoch drei gezielte Nachschärfungen erforderlich, die die Reform in der Versorgungspraxis wirksam, messbar und nachhaltig machen:

1. Transsektorale, regionale Qualitätssicherung mit bundesweitem Benchmarking (G-BA-Mandat präzisieren).
2. Datenverfügbarkeit und datenschutzkonforme Verknüpfung für Versorgung sowie für transsektorale Qualitätssicherung und Versorgungsforschung ermöglichen (im Zusammenspiel mit Medizinregistergesetz (MRG), Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) und European Health Data Space (EHDS)).
3. Interoperabilität bundesweit einheitlich und verbindlich umsetzen durch Stichtage, Nachweisführung und Bonus/Malus-Anreize.

Die genannten Punkte werden im Folgenden näher ausgeführt.

Punkt 1: Transsektorale, regionale Qualitätssicherung und Versorgungsforschung - regional denken und bundesweit vergleichbar machen

Problem:

Der Kabinettsentwurf schafft neue Strukturen (INZ, Akutleitstellen) und ordnet Verantwortlichkeiten im Notfallmanagement neu. Parallel laufende Struktur- und Finanzierungsänderungen im Gesundheitssystem, verändern Anreizlagen und Inanspruchnahme. Gerade deshalb muss Qualität nicht nur innerhalb einzelner Sektoren, sondern entlang des regionalen Notfallpfads betrachtet werden: Steuerungsgüte, Zeitkritikalität, Ergebnisqualität, Patientensicherheit, Vermeidung unnötiger Transporte sowie vermeidbare Einweisungen, Wiedervorstellungen und angemessene Weiterleitung in die richtige Versorgungsebene.

Forderung:

Qualität muss dort gemessen werden, wo Versorgung stattfindet: in der Region und über die Sektorengrenzen hinweg. Wir schlagen vor, den Auftrag zur Durchsetzung und kontinuierlichen Prüfung von Qualitätsanforderungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 137 SGB V im Notfallreformgesetz ausdrücklich um eine transsektorale, regionale Perspektive zu ergänzen und zu präzisieren.

Konkreter Umsetzungsvorschlag:

- Der G-BA wird bei Aufgaben der gesetzlichen Qualitätssicherung inklusive Entwicklung transsektoraler Qualitätsindikatoren bereits durch ein fachlich unabhängiges Institut nach § 137a SGB V unterstützt. Auch für die Evaluation der Notfallversorgung sollte deshalb eine unabhängige, wissenschaftlich ausgewiesene und vom G-BA beauftragbare Struktur vorgesehen werden – in Kooperation mit Registerinfrastrukturen, Versorgungsforschung und notfallmedizinischer Fachgesellschaftsexpertise. Ziel wäre die regelmäßige und verpflichtende Erstellung standardisierter, transsektoraler, regionaler Qualitätsberichte (KV-Notdienst/ Akutleitstelle, Rettungsdienst, INZ/Notaufnahme) mit bundesweitem Benchmarking.

- Versorgungsforschung systematisch verankern: Qualitätssicherung und gemeinwohlorientierte Versorgungsforschung sollen in einem lernenden System zusammengeführt werden, um Reformwirkungen zeitnah sichtbar zu machen und ein evidenzbasiertes Nachsteuern zu ermöglichen.

Mehrwert:

- Unabhängigkeit der Qualitätssicherung.
- Messbare Verbesserung statt Strukturdebatte: Erfolg wird anhand belastbarer Indikatoren überprüfbar.
- Patientensicherheit: Übergaben und Schnittstellen werden zu "Nahtstellen", weil ihre Qualität explizit gemessen und verbessert wird.
- Akzeptanz: Transparente regionale Vergleichbarkeit erhöht Vertrauen und erleichtert gezielte Unterstützung statt pauschaler Sanktionen.

Punkt 2: Datenverfügbarkeit und datenschutzkonforme Verknüpfung für Versorgung sowie für transsektorale Qualitätssicherung und Versorgungsforschung ermöglichen

Problem:

Transsektorale Qualitätssicherung und Versorgungsforschung sind ohne verknüpfbare Daten entlang des Versorgungspfads nicht möglich. Der Kabinettsentwurf setzt auf digitale Notfalldokumentation, digitale Fallübergaben, Versorgungskapazitätsnachweise und TI-Anbindung – das ist richtig, reicht aber ohne klare Regelungen zur datenschutzkonformen Sekundärnutzung und regionalen Datenverknüpfung nicht aus. Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) schafft bereits neue Möglichkeiten, Gesundheitsdaten für gemeinwohlorientierte Zwecke zu erschließen und für Qualitätssicherung und Forschung zu nutzen. Zugleich zielen aktuelle Gesetzesinitiativen wie das Medizinregistergesetz (MRG) und das Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDiG) auf einheitliche Standards, Qualitätsanforderungen und bessere Nutzbarkeit der Daten, z.B. für Register.

Forderung:

Daten müssen dort zusammengeführt werden dürfen, wo Versorgung gemeinsam erbracht wird – regional und transsektoral – ohne dass Personen identifizierbar werden. Wir regen an, im Notfallreformgesetz eine klarstellende Rechtsgrundlage zu schaffen, die die regionale Verknüpfung von Daten aus Akutleitstellen/KV-Notdienst, Rettungsdienst und Notaufnahmen/INZ für Qualitätssicherung und gemeinwohlorientierte Versorgungsforschung ermöglicht - unter strengen technischen und organisatorischen Schutzmaßnahmen und bei gewährleistetem Widerspruchsrecht.

Konkreter Umsetzungsvorschlag:

- Schaffen eines Erlaubnistatbestands für die sektorübergreifende, transsektorale Verknüpfung von Patientendaten über die Forschungs-ID (Falls diese nicht kommt über den unveränderlichen Teil der KV-Nummer) unter der Bedingung, dass die Leistungserbringer und Auswertestellen nicht auf die Identität einer Person zurückschließen können. (Ausschluss der Re-Identifizierung durch technische und organisatorische Maßnahmen).

- Die Verknüpfung soll ausschließlich zweckgebunden, mit unabhängiger Vertrauensstelle, technischer und organisatorischer Trennung von Identitäts- und Versorgungsdaten, Protokollierung, Datenschutz-Folgenabschätzung und Ausschluss der Re-Identifizierung durch Leistungserbringer, Auswertestellen und Forschende erfolgen.
- Überregionale Vergleichbarkeit: Bereitstellung anonymisierter oder aggregierter und methodisch harmonisierter Datensätze für bundesweite Benchmarking-Analysen und Versorgungsforschung.

Mehrwert:

- Wirksamkeitsnachweis für Steuerungswirkung der Reformen: Steuerung, Wartezeiten, Transport- und Einweisungsquoten sowie Ergebnisqualität werden objektiv bewertbar.
- Schnelles Lernen: Regionale "Best Practices" werden sichtbar und übertragbar.

Punkt 3: Interoperabilität bundesweit einheitlich und verbindlich umsetzen durch Stichtage, Nachweisführung und Bonus/Malus-Anreize.

Problem:

Wir begrüßen ausdrücklich, dass der Kabinettsentwurf Digitalisierung, medienbruchfreie Fallübergabe und Standardisierung als zentrale Hebel benennt – einschließlich der digitalen Vernetzung im Gesundheitsleitsystem und der Förderung digitaler Infrastruktur. Erfahrungen aus der Praxis zeigen jedoch: Gute Standards entstehen schneller als ihre Umsetzung. Ohne klare Fristen und wirksame Anreize bleibt Interoperabilität häufig projektförmig, heterogen und regional zufällig.

Forderung:

Interoperabilität muss verbindlich werden – mit klaren Stichtagen und spürbaren Anreizen. Sie ist Voraussetzung für Patientensicherheit, weil Informationsverluste an Schnittstellen, nicht verfügbare Kapazitätsdaten, nicht vergleichbare Ersteinschätzungen oder fehlende Rückmeldungen unmittelbar Versorgungsentscheidungen beeinflussen.

Wir schlagen vor, die Einführung der für die Akut- und Notfallmedizin notwendigen Dokumentations- und Interoperabilitätsstandards durch ein Bonus-/Malus-System zu flankieren – gekoppelt an eine Stichtagsregelung für Regionen/Versorgungsverbände.

Konkreter Umsetzungsvorschlag:

- Bestehende interoperable Fachstandards sektorübergreifend verbindlich nutzen: Für Dokumentation, Datenaustausch, digitale Fallübergaben und Qualitätssicherung in der Akut- und Notfallversorgung sollten sektorenübergreifend einheitliche interoperable Datensätze genutzt werden, die aus dem bereits konsentierten interoperablen Datensatz Notfalldokumentation der Fachcommunity (DIVI, DGINA, AKTIN) abgeleitet werden.
- Stichtag + Nachweisführung: Festlegung eines bundesweiten Termins, bis zu dem die interoperable Kommunikation zwischen Akutleitstelle/KV-Notfallpraxen, Rettungsdienst/Leitstellen, INZ/Notaufnahmen/Krankenhäusern funktionsfähig

nachgewiesen sein muss (inkl. definierter Mindestfunktionen für Datenaustausch und standardisierte Ersteinschätzung).

- Bonus für frühe Umsetzung: Zeitlich begrenzter finanzieller Bonus für Regionen/Leistungserbringer, die vor dem Stichtag die Interoperabilität nachweisen können.
- Malus bei verspäteter Umsetzung: Vergütungsrelevante Abschläge oder strukturelle Sanktionen bei nicht fristgerechter Umsetzung, damit der erforderliche Druck über die Leistungserbringer an die Hersteller weitergegeben wird.

Mehrwert:

- Tempo und Verbindlichkeit: Interoperabilität wird zur Regel- statt zur Ausnahme.
- Gleichwertige Lebensverhältnisse: Weniger regionale "Digital-Kluft", mehr bundesweite Mindeststandards.
- Effizienz und Patientensicherheit: Medienbruchfreie Übergaben reduzieren Informationsverluste und Doppeluntersuchungen.
- Bundesweite Standards stärken die Leistungsfähigkeit und Flexibilität im Krisenfall und tragen so zur Resilienz des Gesundheitswesens bei.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Anlage 2: Übersicht der Änderungsanliegen und Anknüpfungspunkte im Kabinettsentwurf

Anlage 2: Übersicht der Änderungsanliegen und Anknüpfungspunkte im Kabinettsentwurf

Änderungsanliegen	Konkrete Anknüpfung im Kabinettsentwurf	Regelungslücke	Ziel der Ergänzung
Regionale transsektorale Qualitätssicherung	§ 75 Abs. 1e SGB V-E; § 123c SGB V-E; § 133a Abs. 3 und 5 SGB V-E; § 133d SGB V-E	Die vorgesehenen Evaluations- und Berichtspflichten bleiben überwiegend sektor- bzw. akteursbezogen. § 133d erfasst nur die medizinische Notfallrettung.	G-BA-Mandat und Berichtspflichten so ergänzen, dass Qualität entlang des regionalen Notfallpfads gemessen und bundesweit verglichen wird.
Datenschutzkonforme Datenverknüpfung	§ 133a Abs. 3 SGB V-E; § 133c Abs. 1 und 2 SGB V-E; § 133d SGB V-E; § 354 Abs. 4 SGB V-E	Digitale Dokumentation und Fallübergaben sind angelegt, aber für transsektorale Qualitätssicherung und Versorgungsforschung fehlt eine klare Rechtsgrundlage zur pseudonymisierten regionalen Verknüpfung.	Erlaubnistatbestand für pseudonymisierte, zweckgebundene Verknüpfung mit Vertrauensstellenmodell und Ausschluss der Re-Identifizierung durch Leistungserbringer und Auswertestellen.
Verbindliche Interoperabilität	§ 133a Abs. 2 Satz 6 SGB V-E; § 133c Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 6 und Abs. 3 Satz 4 SGB V-E; § 133e SGB V-E; § 133f SGB V-E	Standards werden zwar verlangt, aber die tatsächliche Umsetzung bleibt an mehreren Stellen an „erforderliche technische Voraussetzungen“ und Verfügbarkeit gekoppelt; ein verbindlicher Konformitäts-nachweis fehlt.	Stichtag, Test- und Nachweisverfahren sowie Förderbonus bzw. Malus bei Nichterfüllung einführen.