

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung – (NotfallG)

(Stand 05.11.2025)

Fachexpertise



Inhaltsverzeichnis

1 Überblick.....	3
2 Kurzvorstellung des Konzepts.....	5
3 Patient.....	6
4 Krankenhaus.....	6
5 Rettungsdienste und Rettungsleitstellen.....	7
6 Erreichbarkeit.....	8
7 Offene Fragestellungen und Kritik.....	9
8 Literatur.....	11



1 Überblick

Mit dem Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung – NotfallG ist Ex-Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach - anders als beim Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ¹ und beim Krankenhaustransparenzgesetz ² - eine gute und ausgewogene gesetzliche Regelung mit teilweiser positiver Auswirkung auf die Krankenhäuser und ihre vorrangigen klinischen Notfallpatienten gelungen. ³ Das von Ex-Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach geplante NotfallG kam aufgrund des Sturzes der Ampel-Koalition nicht über den Status des Referentenentwurfs (Stand 03.06.2024) hinaus.

Die Zusammenfassung der ambulanten Notfallversorgung, vielfach als Bereitschaftspraxis bekannt, mit der stationären klinischen Notfallversorgung in Integrierte Notfallzentren schafft für Patienten und Krankenhäuser gleichermaßen Vorteile. ⁴

Kritisch wurde bereits in Lauterbachs Referentenentwurf die Zuweisung der Integrierten Notfallzentren durch den Erweiterten Landesausschuss nach § 90 SGB V gesehen. ⁵ Es ist nicht einzusehen, dass im Zweifelsfall gut ausgestatteten Krankenhäusern mit Basisnotfallversorgung ein Integriertes Notfallzentrum nach §§ 123, 123a SGB V versagt werden kann.

¹ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Zukunft der Krankenhäuser - Auswirkungsanalyse zum Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG), <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299277799/Zukunft+deutscher+Krankenh%C3%A4user+-+Auswirkungsanalyse+zum+Referentenentwurf+des+Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz+%E2%80%93+KHVVG.pdf?t=1710843641>, die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern kritisiert insbesondere die durch selektive Leistungsgruppen beabsichtigte Schließung kleiner Krankenhäuser insbesondere in ländlichen Regionen

² Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bewertung des Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz - Projektstudie zum Krankenhaustransparenzgesetz, <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299279099/Bewertung+des+Gesetzes+zur+F%C3%B6rderung+der+Qualit%C3%A4t+der+station%C3%A4ren+Versorgung+durch+Transparenz.pdf?t=171084364>, die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern bemängelt, dass es bereits gute funktionierende Krankenhausdatenbanken gibt, der hohe bürokratische Aufwand für Krankenhäuser und die erhöhten Zahlungen der gesetzlich Krankenversicherten zur Finanzierung des neuen Klinikatlas wären verzichtbar. Auch führen die Bewertungskriterien teilweise in die Irre, der Fortbestand kleiner ländlicher Krankenhäuser ist gefährdet.

³ Bundesministerium für Gesundheit, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (NotfallGesetz – NotfallG), https://www.politico.eu/wp-content/uploads/2024/06/06/CLEANED_240603_BMG_RefE-NotfallG.pdf

⁴ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung – NotfallG (Stand 03.06.2024), <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13320995799/Stellungnahme+zum+Referentenentwurf+des+Gesetzes+zur+Reform+der+Notfallversorgung+%E2%80%93+NotfallG%29.pdf?t=1761123683>

⁵ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung – NotfallG (Stand 03.06.2024), <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13320995799/Stellungnahme+zum+Referentenentwurf+des+Gesetzes+zur+Reform+der+Notfallversorgung+%E2%80%93+NotfallG%29.pdf?t=1761123683>

Mit dem Referentenentwurf vom 05.11.2025 greift nun Bundesgesundheitsministerin Nina Warken den Grundgedanken der integrierten Notfallversorgung in leicht modifizierter Version wieder auf. Dieses überarbeitete Notfallgesetz (NotfallG) ist Grundlage unserer Stellungnahme.⁶

Neu sind die Regelungen des § 30 SGB V und die Neuschreibung von § 60 SGB V mit der Definition der Medizinischen Notfallrettung, dem Einbezug des Notfalltransports sowie der zweifelhaften finanziellen Beteiligung der PatientInnen an den Leistungen der Notfallversorgung.

Eine entscheidende Veränderung des überarbeiteten NotfallG betrifft auch die **Rahmenbedingungen für die Durchführung, Organisation der personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle** einschließlich der notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals.

Während Ex-Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hierfür bundesweit den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorsah, sind in Bundesgesundheitsministerin Nina Warkens Referentenentwurf hierfür die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger mit einer Kooperationsvereinbarung einschließlich eines dafür vorgesehenen Qualitätsmanagement vorgesehen. (§ 123 a Abs. 2 SGB V).

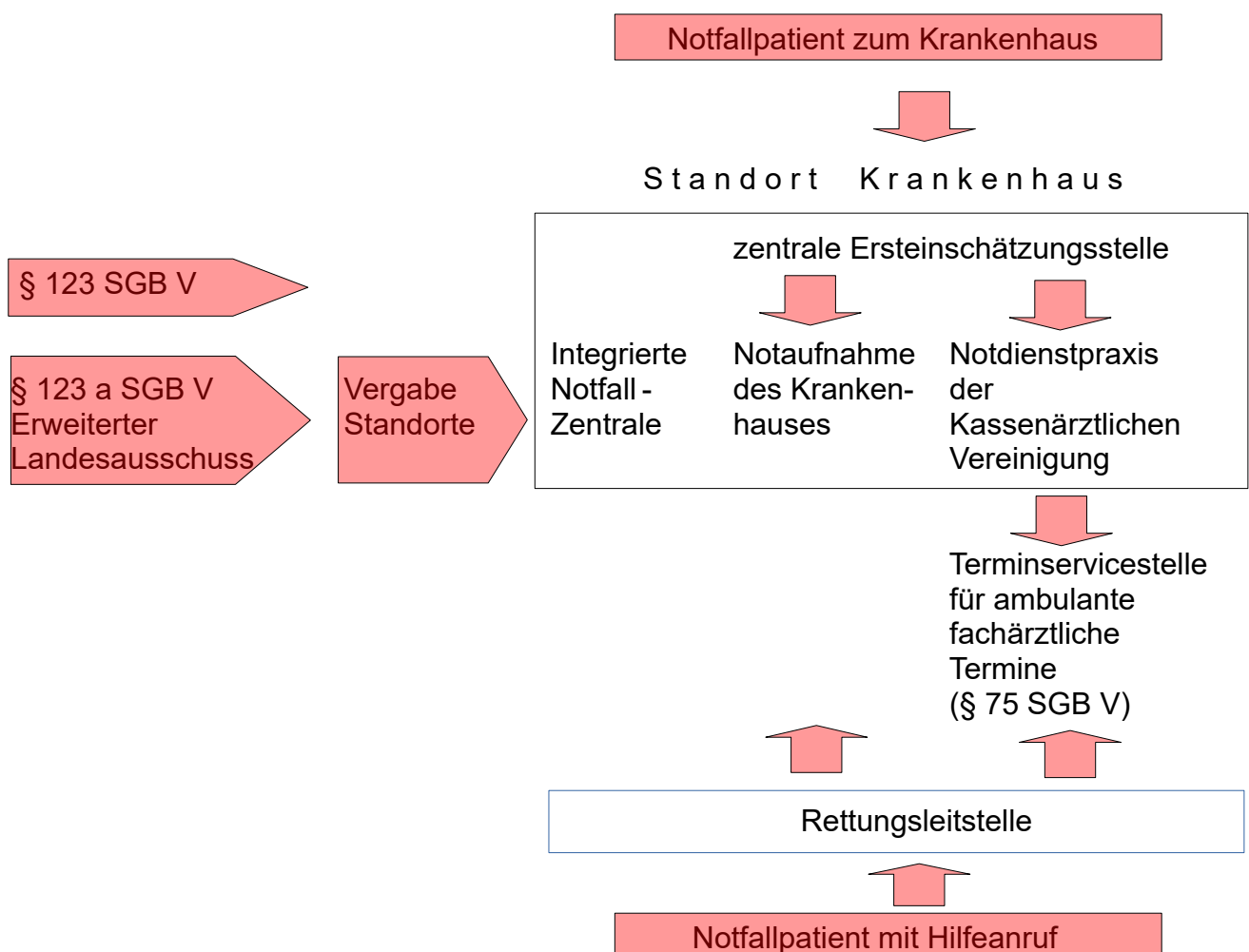
⁶ Bundesministerium für Gesundheit, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (NotfallGesetz – NotfallG), https://www.politico.eu/wp-content/uploads/2025/11/06/CLEANDoc2025_037946.pdf

2 Kurzvorstellung des Konzepts

Die neu einzuführenden Integrierten Notfallzentren bestehen nach § 123 Abs. 1 SGB V aus drei Elementen:

- zentrale Ersteinschätzungsstelle
- Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses
- Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung, bisher Bereitschaftspraxis

Gesetzgebung und Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) bestimmen die Strukturen der Integrierten Notfallzentren und damit die grundsätzliche Befähigung der Krankenhäuser (z.B. Vorhaltung mindestens der Basisnotfallversorgung nach §123 a Abs. 1 SGB V). Der Erweiterte Landesausschuss legt anschließend fest, welche befähigten Krankenhäuser ein Integriertes Notfallzentrum zugeteilt bekommen, und welche nicht (§123 a SGB V).



3 Patient

Verspürt der Patient einen medizinischen Notfall, so ist er zukünftig von der Entscheidung entlastet, wer für ihn der rechte Ansprechpartner ist. Solange er noch selber fahren kann, oder von einem Helfer zum Behandlungsort gefahren wird, gibt es für ihn jetzt **eine zentrale Anlaufstelle, das integrierte Notfallzentrum** am Standort eines Krankenhauses. Startet der Patient einen Hilferuf an die Rettungsleitstelle, weist sie den Patient direkt an die stationäre Notaufnahme oder die ambulante Notdienstpraxis, beide am Standort eines Krankenhauses. (§ 123 c SGB V) Für den Patienten ist es unwesentlich, ob er im Anschluss ambulant oder stationär behandelt werden muss, dies entscheidet die zentrale Ersteinschätzung im Rahmen einer fachlich fundierten Triage.

4 Krankenhaus

Krankenhäuser wurden aktuell oft von ambulant zu behandelnden Patienten aufgesucht, insbesondere am Wochenende und in der Nacht, wenn Arztpraxen geschlossen sind. Dies belastet die Krankenhäuser sowohl zeitlich als auch finanziell stark und nimmt Ressourcen in Anspruch, die für echte klinische Notfallpatienten notwendig sind.

Die zentrale Ersteinschätzung trennt zukünftig strikt ambulante und stationäre Notfallpatienten, standardisiert die Ersteinschätzung und standardisiert ebenfalls die Mindestvoraussetzungen für eine funktionierende Notaufnahme. *„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt ... in einer Richtlinie die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen. Für Krankenhausstandorte, die Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind, erfolgt auf Basis der Ersteinschätzung eine Entscheidung über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums unter Berücksichtigung einer in § 123 Absatz 1 Satz 7 genannten Kooperation.“* (§ 123 c Abs. 2 SGB V).

Konkret bedeutet das: Die stationäre Notaufnahme unterliegt Bundesrecht und damit bundesweiten Qualitätsauflagen, die hier per Gesetz dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen werden.

5 Rettungsdienste und Rettungsleitstellen

Rettungsdienste und Rettungsleitstellen unterliegen nach § 133 a SGB V einem „Gesundheitsleitsystem“ auf Landesebene. Sie können deshalb nicht auf bundesweite Mindeststandards für die Vermittlung und Transport lebensbedrohlicher Erkrankungen und Verletzungen setzen:

„Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle verpflichtet, mit diesem eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen, wenn die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügt. ...

In der in Absatz 1 Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung ist das Nähere über die Zusammenarbeit zu vereinbaren. Dabei ist insbesondere zu vereinbaren,

- 1. wie die Verfahren der Notrufabfrage der Rettungsleitstelle und das in § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 genannte bundesweit einheitliche, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen (Abfragesysteme) so aufeinander abgestimmt werden, dass es zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes eines Hilfesuchenden kommt,*
- 2. die für die möglichen Ergebnisse der Abfragesysteme jeweils aufgrund der infrage kommenden Versorgungsstrukturen für ein Hilfeersuchen zuständige Leitstelle einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartei und*
- 3. eine Verpflichtung der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien zur unmittelbaren Übernahme und unverzüglichen Bearbeitung von Fällen, die aufgrund eines Ergebnisses des jeweiligen Abfragesystems und der in Nummer 2 genannten Zuständigkeit von der Leitstelle der jeweils anderen in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartei übergeben werden.“*

6 Erreichbarkeit

Im stationären Bereich ist die flächendeckende klinische Versorgung einschließlich klinische Notfallversorgung nicht in allen Regionen ausreichend gesichert.⁷

Insofern ist nach § 123a SGB V zu begrüßen, dass Mindeststandards für Integrierte Notfallzentren relativiert werden können, sofern nicht 95% aller umliegenden EinwohnerInnen ein Integriertes Notfallzentrum binnen 30 Fahrzeitminuten erreichen. Diese Regelung lehnt sich an den Sicherstellungszuschlag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) an.⁸

Anders als beim Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz sind diese Ausnahmen - in Anerkennung klinischer Realität- nicht auf 3 Jahre limitiert.

⁷ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, 30 Fahrzeitminuten für bayerische Krankenhäuser Notstand der wohnortnahen klinischen Versorgung und Lösungsansätze,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299280299/30+Fahrzeitminuten+f%C3%BCr+bayerische+Kranke+nh%C3%A4user+-+Notstand+der+wohnortnahen+klinischen+Versorgung+und+L%C3%B6sungsans%C3%A4tze.pdf?t=1710843641>

⁸ Gemeinsamer Bundesausschuss, Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V, <https://www.g-ba.de/richtlinien/89/>

7 Offene Fragestellungen und Kritik

Deutliche Kritik ergeht an die selektive Auswahl befähigter Krankenhäuser ab Basisnotfallversorgung für Integrierte Notfallzentren durch den jeweiligen Erweiterten Landesausschuss nach § 123a SGB V. Konkret bedeutet dies: Nicht alle befähigten Krankenhäuser sind für Integrierte Notfallzentren vorgesehen:

Im Sinne einer möglichst flächendeckenden Notfallversorgung wäre es jedoch sinnvoll, per Gesetz allen Krankenhäusern mit Basisnotfallversorgung, erweiterter und umfassender Notfallversorgung ein Integriertes Notfallzentrum zuzuordnen.

Dies hätte mehrere positive Effekte:

- Wegfall des bürokratischen Zuteilungsverfahrens von Integrierten Notfallzentren durch den Erweiterten Landesausschuss
- Gleichbehandlung aller Krankenhäuser mit Basisnotfallversorgung, erweiterter und umfassender Notfallversorgung bzgl. der integrierten ambulanten und stationären Notfallbehandlungen
- **Vergrößerung des Netzes für Integrierte Notfallzentren, damit wohnortnahe Standorte**
- kürzere Wege der Rettungsdienste zum nächstgelegenen Integrierten Notfallzentrum.

Erhalten nicht alle Krankenhäuser mit Basisnotfallversorgung ein Integriertes Notfallzentrum, könnten Krankenhäuser ohne Integriertes Notfallzentrum etliche PatientInnen verlieren. Es besteht die Gefahr, dass sie mittelfristig ihre Basisnotfallversorgung mangels Inanspruchnahme aufgeben, das Versorgungsnetz für Notfälle würde ausgedünnt. Hochqualifizierte Krankenhäuser und deren Betten, notwendig beispielsweise für Vorsorgekapazitäten bei Krisensituationen, Kriegsgefahren und Pandemien, würden verschwinden.⁹

Nicht geregelt sind Maßnahmenkataloge für den Fall, dass Krankenhäuser mit Integriertem Notfallzentrum in Insolvenz gehen bzw. schließen.

Kritisch ist die geplante Mitfinanzierung der PatientInnen an der Notfallbehandlung. Laut § 30 Abs. 1 SGB V werden PatientInnen in ernststen lebensbedrohenden Fällen in die Mitfinanzierung des Notfallmanagement, der notfallmedizinischen Versorgung und den Notfalltransport einbezogen.

⁹ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Krisenbewältigung in bayerischen Krankenhäusern, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform-folgen-in-bayern/krisenbew%C3%A4ltigung-in-bayerischen-krankenhaus%C3%A4usern/>

„Versicherte leisten zu jeder Leistung der medizinischen Notfallrettung nach Absatz 2 Nummer 2 und 3 eine Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages. Die Krankenkasse zieht die Zuzahlung vom Versicherten ein oder über nimmt die Kosten unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages. Erfolgt unmittelbar nach der notfallmedizinischen Versorgung an dem Ort, an dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt des medizinischen Notfalls befindet, auch ein Notfalltransport, gelten diese als eine einzige zuzahlungspflichtige Leistung.“ (§ 30 Abs. 6 SGB V)

Diese Regelung ist offensichtlich ein Teil des Maßnahmenpakets, mit dem Bundesgesundheitsministerin Nina Warken die Beitragszahlungen zu den Krankenkassen begrenzen will, so wie etwa die viel kritisierte Beteiligung der Krankenhäuser an der Finanzierung der Krankenkassen im Umfang von jährlich 1,8 Mrd. Euro.¹⁰

Sozialhilfeempfänger und PatientInnen mit niedrigem Einkommen könnten trotz akuter Notlage erwägen, auf einen Notfalleinsatz zu verzichten und stattdessen auf einen Arzttermin in einer ambulanten Arztpraxis warten. Die eventuelle Entscheidung „Es wird hoffentlich nicht so ernst sein!“ könnte bei Verdacht auf Herzinfarkt, Schlaganfall oder anderen Erkrankungen ggf. lebensentscheidend sein.

Es ist unverständlich, dass stabile Beitragssätze zu den Krankenkassen gesetzlich stets durch Leistungskürzungen, Beteiligung der PatientInnen oder Beteiligung von Gesundheitseinrichtungen vollzogen werden, statt zusätzliche Einnahmequellen oder Kosteneinsparungen unmittelbar bei den Krankenkassen zu erschließen. **Im ganzheitlichen Klinikkonzept „Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft“ erschließt die Aktionsgruppe folgende signifikante Quellen für Einnahmesteigerung und Kostensenkung im Gesamtumfang von immerhin 39,8 Mrd. Euro:**

Kosteneinsparung von Verwaltungskosten durch eine gebündelte Bürgerkrankenversicherung:	6,3 Mrd. Euro
Einnahmesteigerung der Krankenkassen durch Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze für Großverdiener:	33,5 Mrd. Euro

Zusätzliche Mittel für das Gesundheitswesen, insbesondere für Krankenhäuser und die Notfallbehandlung:	39,8 Mrd. Euro. ¹¹
--	-------------------------------

¹⁰ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Auswirkungsanalyse Klinikschließungspotenzial aufgrund des Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG),
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13460640999/Auswirkungsanalyse+Klinikschlie%C3%9Fungspotenzial+aufrund+des+Krankenhausreformenpassungsgesetz+%28KHAG%29.pdf?t=1761471501>

¹¹ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13431319799/Projektstudie+Bedarfsgerecht+kommunale+Kliniklandschaft.pdf?t=1761123683>

8 Literatur

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Auswirkungsanalyse Klinikschließungspotenzial aufgrund des Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG),
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13460640999/Auswirkungsanalyse+Klinikschlie%C3%9Fungspotenzial+aufgrund+des+Krankenhausreformenpassungsgesetz+%28KHAG%29.pdf?t=1761471501>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13431319799/Projektstudie+Bedarfsgerecht+kommunale+Kliniklandschaft.pdf?t=1761123683>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Projektstudie 30 Fahrzeitminuten für bayerische Krankenhäuser Notstand der wohnortnahen klinischen Versorgung und Lösungsansätze,
<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14769859632/30+Fahrzeitminuten+f%C3%BCr+bayerische+Krankenh%C3%A4user+-+Notstand+der+wohnortnahen+klinischen+Versorgung+und+L%C3%B6sungsans%C3%A4tze.pdf?t=1709287533>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bewertung des Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz, Projektstudie zum Krankenhaustransparenzgesetz (Entwurf 11.08.2023)
<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14751272132/Bewertung+des+Gesetzes+zur+F%C3%B6rderung+der+Qualit%C3%A4t+der+station%C3%A4ren+Versorgung+durch+Transparenz.pdf?t=1694690764>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bewertung der Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission - Prognose über die Zukunft deutscher Krankenhäuser
<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14700414432/Gro%C3%9Fe+Krankenhausreform+-+Bewertung+der+dritten+Empfehlung+der+Regierungskommission+aktualisiert.pdf?t=1688465585>

Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser, https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10_Studie_Selbstkostendeckung_Buendnis_Klinikrettung.pdf

© 2025

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Autor: Klaus Emmerich, Klinikvorstand i.R.,

Egerländerweg 1

95502 Himmelkron

Tel.: 0117 - 9153415

E-Mail: klaus_emmerich@gmx.de

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/>