

Stellungnahme

zum

Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung vom 22.04.2026

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin (DIVI) begrüßt die Korrekturen des Referentenentwurfs für das geplante Gesetz zur Reform der Notfallversorgung und bewertet insbesondere die folgenden Punkte positiv:

- **Änderung im Bereich der Zentralen Ersteinschätzungsstelle (ZES):** Verbindliche Festlegung der fachlichen Verantwortung und fachlichen Leitung der zentralen Ersteinschätzungsstelle durch das Krankenhaus
- **Korrektur der wesentlichen Bestimmungen für das Gremium der medizinischen Notfallrettung:** Erteilung des Stimmrechts für Leistungserbringer, Fachgesellschaften und -verbände
- **Ergänzung der Vorgaben für die Erstellung der G-BA Richtlinie für die zentrale Ersteinschätzung:** Erteilung eines Stellungnahmerechts für die Fachgesellschaften

Aus Sicht der DIVI besteht jedoch in den folgenden vier Eckpunkten ein weiterer, hoch relevanter Korrekturbedarf:

1. Qualitätssicherung

Im Referentenentwurf ist aktuell die Wahrung der Objektivität und Neutralität in den beschriebenen Verfahren der Qualitätssicherung weder für die medizinische Notfallrettung (§30, §133), noch für das Gesundheitsleitsystem (§133) oder die integrierten Notfallzentren (INZ/KINZ) (§123) gegeben:

So soll die Datenstelle zur Qualitätssicherung der medizinischen Notfallrettung auf Bundesebene (§133d) beim GKV-Spitzenverband alloziert werden; eine objektive Evaluation kann hier nur durch eine neutrale und unabhängige Datenstelle erfolgen, die an einer Bundesbehörde angesiedelt sein sollte.

Im Gesundheitsleitsystem soll ein gemeinsames Qualitätsmanagementsystem zur ständigen Evaluation der Abfragesysteme eingeführt werden; die Evaluation der Kriterien, wie u.a. Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, Häufigkeit der Inanspruchnahme, Vermittlungsquote, soll allein durch die KVen erfolgen. Auch in diesem Kontext ist eine objektive und neutrale Evaluation durch eine von den Leistungsträgern unabhängige Stelle zu fordern.

In den INZ/KINZ schließlich soll sich die Evaluation ebenso isoliert nur auf die Notdienstpraxen beziehen und damit durch den Leistungsträger der ambulanten Notfallversorgung selbst erfolgen. Zur Qualitätssicherung in den INZ/KINZ ist demgegenüber eine übergeordnete, neutrale Berichterstattung des gesamten INZ/KINZ zu definierten Key Performance Indicators an das BMG erforderlich.

2. Struktur der INZ/KINZ

Die Etablierung von Integrierten Notfallzentren (INZ, KINZ) als sektorübergreifende Notfallversorgungsstrukturen wird in der Umsetzung der Notfallreform eine zentrale Rolle spielen.

a) Governance Struktur der INZ/KINZ

Für eine strukturierte Prozesssteuerung innerhalb dieser INZ/KINZ ist aus Sicht der DIVI die geplante Governance-Struktur nicht zielführend, da diese in einer Kooperationsvereinbarung zwischen kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus geregelt werden soll. Um stringente Prozessabläufe in der Patientensteuerung sowie der fachlichen Akut- und Notfallversorgung innerhalb des INZ/KINZ sicherstellen zu können, ist es erforderlich, dass die fachliche und organisatorische Leitung der INZ/KINZ den Krankenhäusern obliegt. Dies gilt insbesondere für Ausfallszeiten der Notdienstpraxen zur Sicherstellung des Betriebs der ambulanten Notfallversorgung, die sich durch die Änderungen der Strukturen in der notdienstlichen Akutversorgung (§75ff) ergeben werden. Da der Einsatz video-unterstützter/telemedizinischer Versorgungsangebote für u.a. das wachsende Kollektiv geriatrischer Patienten nicht geeignet ist und im aufsuchenden Dienst auch nicht-ärztliches Personal eingesetzt werden soll, ist zudem ein weiterer Anstieg der Zuweisungen in die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu erwarten. Daher ist aus Sicht der DIVI die gesetzliche Festlegung der Governance Struktur der INZ/KINZ eine *conditio sine qua non* für die Sicherstellung der Qualität in der Akut- und Notfallmedizin an jedem INZ-/KINZ Standort in Deutschland.

b) Notaufnahme im INZ/KINZ: Struktur und Personalmindeststandards

Die Notaufnahme als eigenständige Versorgungsstruktur sollte deutlicher adressiert werden: Eine eigenständige Abbildung mit Fachabteilungsschlüssel und spezifischer Leistungsgruppe würde Leistungen, Vorhaltekosten und Qualitätsanforderungen transparenter machen und so eine sachgerechte Planung und Steuerung der Notfallversorgung ermöglichen.

Die Notaufnahme wird als funktionaler Teil der Krankenhausversorgung und als Bestandteil des INZ beschrieben, erhält aber keinen eigenständigen Status mit eigener Abteilungscodierung oder Leistungsgruppe. Dadurch bleiben Leistungen, Vorhaltekosten und Qualitätsanforderungen der Notaufnahme im System nur begrenzt transparent. Die klare Abbildung der Notaufnahme als eigenständige Versorgungsstruktur (Fachabteilungsschlüssel, eigene Leistungsgruppe), die eine differenzierte Planung, Steuerung und Vergütung der Notfallversorgung auf Augenhöhe mit anderen Leistungsbereichen ermöglichen würde, fehlt.

Über die im Entwurf vorgesehenen Mindestanforderungen für Notdienstpraxen hinaus sind klar definierte Personalmindeststandards in den Notaufnahmen der INZ/KINZ der Krankenhäuser (ärztlich und pflegerisch) mit entsprechender Refinanzierung dringend erforderlich, da die neuen Strukturen ohne ausreichend qualifiziertes Personal ihre intendierten Qualitätsverbesserungen nicht erreichen werden.

Der Entwurf sieht zwar Mindestanforderungen für die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen vor. Für die Notaufnahmen der INZ/KINZ werden aber keine eigenen, spezifischen Personalmindeststandards (z.B. Facharztpräsenz in definierten Zeiten, notfallmedizinische Spezialisierung, Schlüssel für Notfallpflege) festgelegt. Ebenso fehlt eine ausdrückliche Verknüpfung solcher Standards mit einer gesicherten Refinanzierung.

3. Strukturierte Ersteinschätzung

Patientensicherheit und Triagerisiken sollten als eigener Schwerpunkt hervorgehoben werden. Die geplante stärkere Steuerung der Notfälle über Telemedizin, aufsuchende Dienste und restriktivere Transport- und Aufnahmepfade muss durch klare klinische Sicherheitsnetze flankiert werden (Red-Flag-Kriterien, Maximalwartezeiten, verpflichtende Audits), um insbesondere vulnerable Patientengruppen und dynamische Krankheitsbilder im Kontext der Patientensicherheit vor einer fehlerhaften Ersteinschätzung (u.a. Untertriage) und Verzögerungen in der Notfallversorgung zu schützen.

Der Entwurf benennt zwar eine qualifizierte, standardisierte und softwarebasierte Ersteinschätzung und sieht eine Evaluation der Auswirkungen auf die Patientenversorgung vor. Es fehlen aber konkrete, klinisch greifbare Sicherheitsnetze: So fehlen u.a. explizite Red-Flag-Konstellationen für Hochrisikofälle, verbindliche Maximalwartezeiten für bestimmte Dringlichkeitsstufen und klar normierte Audit-/Meldepflichten für schwere unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit Fehl- oder Untertriage.

Die besondere Gefährdung vulnerabler Gruppen und dynamischer Krankheitsbilder wird nicht als eigener Steuerungsmaßstab hervorgehoben; Patientensicherheit erscheint eher implizit, nicht als explizite Leitgröße der Steuerungslogik.

4. Finanzierung und Kosten der Notfallversorgung

Im korrigierten Gesetzesentwurf werden unverändert nur die Finanzierung des Sicherstellungsauftrages der KV: (§75 1b), 1c); §133 a) und die Förderung der von den KVen verantworteten Einrichtungen und Stellen innerhalb der INZ/KINZ berücksichtigt.

Es fehlt jedoch die notwendige Anschubfinanzierung der Investitionen in die digitale Infrastruktur der Leistungserbringer in den INZ/KINZ. Darüber hinaus sind die Vorhaltekosten für Personal (Ärztliches Personal/Notfallpflege) und sachliche Ausstattung der Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser nicht abgebildet: Aus der Perspektive der DIVI ist daher im ersten Schritt die Einführung des Notaufnahme-Fachabteilungsschlüssels für die flächendeckende Erfassung von Diagnosen, Leistungen und Kosten erforderlich. Für die Sicherstellung der Finanzierung der stationären Notfallversorgung ist nachfolgend die Einführung der Leistungsgruppe Notfallmedizin (LG65) oder die Einführung eines INZ/KINZ-Budgets unabdingbar, um die Vorhaltekosten in den Zentralen Notaufnahmen der INZ/KINZ abzubilden.

5. Digitale Vernetzung der Leistungsträger

Die Umsetzung der geplanten digitalen Vernetzung zwischen den Sektoren in der Notfall- und Akutversorgung über die Dienste der Telematik Infrastruktur setzt eine standardisierte, interoperable und einheitliche Datenerfassung in Präklinik, Leitstelle, ambulanter und stationärer Notfallversorgung voraus. Als wesentliche Voraussetzung wird daher die Einführung einer standardisierten, einheitlichen digitalen Notfalldokumentation im interoperablen Datenformat inklusive eines pädiatrischen Notfalldatensatzes gefordert. Ein langjährig, in der Praxis der Notaufnahmen bewährtes und skalierbares, digitales und system-unabhängiges Konzept liegt dazu grundsätzlich vor (1-3). Die Ausweitung auf ein digitales, interoperables Protokoll der Leitstellen und ebenso auf einen einheitlichen Datensatz der Notfallbehandlung in der notdienstlichen Akutversorgung durch die KVen ist möglich.

Schließlich sollte auf dieser Basis die Einführung eines bundesweiten Notfallregisters umgesetzt werden, um die o.g. Eckpunkte der objektiven Qualitätssicherung in allen Versorgungsbereichen abzubilden und zudem Benchmarking, Kostenanalysen sowie Forschung, u.a. in den Schwerpunkten Versorgungsforschung, Public Health und Surveillance, durchführen zu können. Dies setzt die Sicherstellung der Verfügbarkeit der Daten aus Notfall- und Akutversorgung in allen Sektoren, z.B. über das Forschungsdatenzentrum Gesundheit, voraus.

Letztlich gewährleistet die interoperable und sektorenübergreifende Dokumentation nach einheitlichen und verbindlichen Standards in der gesamten digitalen Rettungskette (4) ein effizientes Qualitätsmanagement, schafft Transparenz und stellt somit die Voraussetzung für eine kontinuierliche Optimierung der Versorgungsqualität in der Notfallversorgung in Deutschland dar.

Zusammenfassend bedarf es aus Sicht der DIVI einer Revision des Referentenentwurfs in den o.g. fünf Eckpunkten. In Bezug auf die Eckpunkte „Qualitätssicherung“ (1.) und „Digitale Vernetzung der Leistungsträger“ (5.) wird an dieser Stelle explizit auf die gemeinsame Stellungnahme der Fachgesellschaften DIVI, DGINA (Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin), DGIIN (Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin), AKTIN (Aktionsbündnis zur Verbesserung der Kommunikations- und Informationstechnologie in der Intensiv- und Notfallmedizin), GMDS (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie), TMF (Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung) und DNVF (Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung) verwiesen. Für die Bearbeitung der Ergänzungen steht die DIVI als übergeordnete Fachgesellschaft mit ihrer umfangreichen Expertise jederzeit zur Verfügung.

Literatur

1. Brammen D, Dewenter H, Heitmann KU, Thiemann V, Majeed RW, Walcher F, Röhrig R, Thun S. Mapping Equivalence of German Emergency Department Medical Record Concepts with SNOMED CT After Implementation with HL7 CDA. *Stud Health Technol Inform.* 2017; 243:175-179. PMID: 28883195.
2. Brammen D, Eggert P, Lucas B, Heermann-Langford L, McClay JC. Comparing the German Emergency Department Medical Record with the US HL7 Data Elements for Emergency Department Systems. *Stud Health Technol Inform.* 2018; 247:216-220. DOI: 10.3233/978-1-61499-852-5-216
3. Brammen D, Greiner F, Kulla M et al. (2022) AKTIN-Notaufnahmeregister. Das AKTIN-Notaufnahmeregister – kontinuierlich aktuelle Daten aus der Akutmedizin: Ergebnisse des Registeraufbaus und erste Datenauswertungen aus 15 Notaufnahmen unter besonderer Berücksichtigung der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2022 Feb;117(1):24-33. German. doi: 10.1007/s00063-020-00764-2. Epub 2020 Dec 21. PMID: 33346852; PMCID: PMC7750913.
4. Bienzeisler J; Bax SN; Schunk D; Wrede C; Erdmann B; Walcher F. Die Digitale Rettungskette. *Dtsch Arztebl* 2024; 12: A-828-A831