

Stellungnahme der Deutsche Gesellschaft für internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN) zum Entwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache: 21/6808 im Rahmen der öffentlichen Anhörung am Mittwoch, den 9. 11.2026

Die DGIIN sieht in der Notfallreform einen bedeutsamen und dringend notwendigen Schritt zur Optimierung der Notfallversorgung in Deutschland. Die DGIIN erkennt aus dem bisherigen Gesetzesentwurf verschiedene bedeutsame Ziele, deren Erreichen als zwingend umzusetzen ansieht:

1. Hohe Qualität der Patientenversorgung
2. Entlastung der Notaufnahmen
3. Stärkere Verpflichtung der Vertragsärzte und Kassenärztlichen Vereinigungen
4. Optimierung gesundheitsökonomischer Aspekte

Um die im Entwurf genannten Ziele der Bundesregierung in der Versorgungspraxis tatsächlich zu erreichen, fordert die DGIIN zwei zentrale Nachschärfungen im vorliegenden Gesetzesentwurf.

- **Kernforderung 1: Klinisch-rechtliche Sicherheit bei der Patientensteuerung**

Softwarebasierte Ersteinschätzungen können derzeit die angemessene Versorgungsebene nicht fehlerfrei auflösen. Algorithmen benötigen zwingend die gesetzliche Hinterlegung diagnostischer und personeller Mindeststandards (bei Notdienstpraxen z. B. Bildgebung, Labor) für die Zielstrukturen. Diese liegen für die Notdienstpraxen derzeit nicht verpflichtend vor. Es muss zudem ein klarer gesetzlicher Haftungsausschluss für das anwendende Personal bei der Umsetzung validierter Triage-Empfehlungen verankert werden, um eine **risikovermeidende Übertriage in die Notaufnahmen** zu vermeiden. Die Anforderungen an die einzusetzende Software sind weitreichend. Die neu zu etablierende Software muss je nachdem an welcher Stelle sie eingesetzt wird (116117, Rettungsleitstelle, Rettungsdienst, Notaufnahme) unterschiedliche Patientenpopulationen einzuschätzen, mit unterschiedlicher Vortestwahrscheinlichkeit für kritische Erkrankungen: Daher ist ein Einheits-Tool aus Sicht der DGIIN nur dann geeignet, wenn es für alle diese Indikationen wissenschaftlich hinsichtlich Genauigkeit der Zuweisung und Patientensicherheit evaluiert ist. Die Ersteinschätzung sollte nicht fallbezogen sondern als Vorhaltefinanzierung gedacht werden.

- **Kernforderung 2: Steuerndes Finanzierungsmodell an der Sektorengrenze**

Auch bei einer gut funktionierenden Steuerung in die verschiedenen Versorgungsebenen wird es immer ambulante Behandlungen in Notaufnahmen geben, die mit realen Kosten von rund 300 Euro pro Patientenkontakt verbunden sind (Kummer et al., 2026). Dieses gilt für sich selbst vorstellende Patientinnen und Patienten als auch für die mit dem Rettungsdienst zugewiesenen. Diese Kosten müssen den Krankenhäuser mit und ohne INZ **zwingend kostendeckend** finanziert werden.

Detaillierte Begründung der Kernforderungen Stellungnahme der Deutsche Gesellschaft für internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN) zum Entwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung:

1. Qualität der Patientenversorgung

Das primäre Ziel der Reform ist es, für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen. Akutpatientinnen und -patienten sollen darauf vertrauen können, zu jeder Zeit unmittelbar eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu erhalten, was gleichermaßen für den ambulanten wie den stationären Sektor gilt.

- **Bedarfsgerechte Steuerung:** Durch die digitale Vernetzung und den Einsatz softwarebasierter Ersteinschätzungsverfahren (wie z.B. SmED) sollen hilfesuchende Personen von Beginn an zielgerichtet in die medizinisch gebotene Versorgungsebene gelenkt werden, um die Patientensicherheit zu erhöhen.
- **Strukturelle Vereinheitlichung:** Die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages soll bundesweit verlässliche Standards und eine einheitliche Qualität der notdienstlichen Akutversorgung garantieren. Zudem wird die präklinische medizinische Notfallrettung als eigenständiger Leistungsbereich der GKV verankert.
- **Qualitätsmanagement:** Es wird die Etablierung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätsmanagements für Integrierte Notfallzentren (INZ) sowie eine transsektorale Qualitätssicherung gefordert, um Schnittstellenverluste zu minimieren.

Beurteilung der DGIIN: Die DGIIN befürwortet dieses Ziel gibt aber zu bedenken, dass der jetzige Gesetzentwurf dem Qualitätsziel noch nicht gerecht wird und möchte darlegen, wie die Lösung aussehen kann:

1. Softwaresteuerung: Software ohne Definition der Mindeststandards ist wirkungslos

Der Entwurf setzt zur Patientensteuerung auf ein standardisiertes, softwarebasiertes Ersteinschätzungssystem (wie z.B. SmED), das für Leitstellen, den Rettungsdienst sowie für Krankenhäuser mit und ohne INZ verbindlich sein soll. Dieses Instrument läuft jedoch Gefahr, sein Ziel zu verfehlen, da zwei wichtige Fragen im Gesetz ungelöst sind:

- **Fehlende Richtungsentscheidung:** Es ist regulatorisch nicht definiert, was die Ersteinschätzung leisten soll. Soll sie starr eine Sektorentrennung (ambulanter Sektor versus stationärer Sektor) erzwingen, oder muss sie abbilden, dass die ambulante Realität gerade außerhalb der regulären Sprechzeiten (abends, nachts, am Wochenende) flächendeckend gar nicht durch Vertragsärzte über alle Fachdisziplinen abgesichert ist?
- **Fehlende Definition der Mindestdiagnostik:** Ein Triage-System kann einen Patienten nicht valide in den ambulanten Bereich (z. B. in eine Notdienstpraxis) steuern, wenn für diese Struktur nicht gesetzlich oder richtlinienbezogen festgelegt ist, welche diagnostischen Mindeststandards (z. B. Röntgen, Basis-Labor, kleine Wundversorgung) dort zwingend vorgehalten werden müssen. Bei Leitsymptomen wie unklarem Abdominalschmerz oder Trauma ist eine sichere ambulante Weichenstellung ohne Diagnostik unmöglich. Ohne diese Vorgaben produziert jede Software entweder Fehlsteuerungen zulasten der Patientensicherheit oder zwingt das Personal mangels Alternativen zur Übertriage in Richtung Notaufnahme.
- Für Integrierte Notfallzentren (INZ) und die KV-Akutleitstellen (116117), Rettungsdienst und Leitstellen darf zudem nicht zwingend dasselbe Ersteinschätzungssystem vorgeschrieben werden, da dort völlig unterschiedliche Patientenpopulationen mit abweichenden

Erkrankungswahrscheinlichkeiten beurteilt werden. Entscheidend für die Qualität ist hierbei die Genauigkeit bei der Zuweisung der Versorgungsstrukturen, der daraus resultierende Ent- bzw. Belastungseffekt für die Versorgungseinheiten und die aus der Zuweisung resultierende Patientensicherheit.

- Die Forderung nach einer vollständigen, strukturierten und medienbruchfreien Weitergabe bereits erhobener Daten wird ausdrücklich unterstützt. Ein Patient darf bei einem Sektorenwechsel nicht erneut von Grund auf neu befragt und dokumentiert werden müssen. Die digitale Vernetzung muss zudem eine transsektorale Nachverfolgbarkeit ermöglichen, damit Patientenpfade über alle Sektoren hinweg auswertbar bleiben – nur so wird das System zu einer evidenzbasierten, lernenden Versorgung.

2. Finanzielle Anreize: Fehlgeleitete ökonomische Steuerung und Haftungsrisiken

Die im Entwurf angelegten finanziellen und strukturellen Anreize konterkarieren das Qualitätsziel in allen Sektoren:

- **Niedergelassene Ärzte:** Die Reform lädt zusätzliche Belastungen außerhalb der Regelarbeitszeit auf. Ökonomisch entsteht der Anreiz, Patienten schnell in den stationären Sektor einzuweisen, um die eigene Arbeitsbelastung zu reduzieren, zumal die daraus resultierende vorstationäre Behandlung im Krankenhaus das eigene KV-Budget entlastet.
- **Krankenhäuser (insbesondere ohne INZ):** Da eine echte Vorhaltefinanzierung für Notaufnahmen fehlt und ambulante Notfälle im EBM extrem unterfinanziert sind (und den Krankenhäusern ohne INZ sogar fehlt), bleibt der ökonomische Druck bestehen, Patienten so viel wie möglich stationär aufzunehmen, um die Strukturen wirtschaftlich zu sichern.
- **Haftungsrechtliche Bedenken:** Wegen der unklaren juristischen Haftungsfragen bei abweichenden Ersteinschätzungen (Softwareempfehlung versus klinische Realität) wird das Personal im Zweifel immer den rechtlich sichersten Weg wählen – und das ist für den Rettungsdienst der Transport in die Notaufnahme, für das Krankenhaus ohne INZ die (stationäre) Aufnahme über die Notaufnahme

Lösungsvorschlag der DGIIN: Sektorenübergreifende Verantwortlichkeit und korrekte Anreize

Um die Qualität der Patientenversorgung und die Effizienz des Systems abzusichern, bedarf es dreier gesetzlicher Nachschärfungen:

1. **Klinische Mindestvoraussetzungen definieren:** Es muss gesetzlich klar definiert werden, was eine in die Steuerung einbezogene ambulante Struktur (Notdienstpraxis oder Kooperationspraxis) leisten muss. Entweder wird verbindlich festgelegt, dass diese Praxen über eine definierte Mindestdiagnostik (Bildgebung, Labor) verfügen müssen, um als sichere Zieladresse für unklare Akutfälle angesteuert werden zu dürfen. Wenn diese ambulanten Vorhaltungen flächendeckend aber *nicht* realisierbar sind, muss das Gesetz stattdessen konsequent auf die vorhandenen Notaufnahmen der Krankenhäuser als primäre Zielstruktur setzen. In diesem Fall ist es jedoch zwingend erforderlich, diese Notaufnahmen und Integrierten Notfallzentren (INZ) dann auch strukturell so einzubinden, dass ihre notwendige Diagnostik- und Vorhalteleistung kostendeckend vergütet wird. Eine Analyse zu den Kosten einer Notaufnahme wurde kürzlich von Kummer et al. (MedKlinIntensivmed Notfmed <https://doi.org/10.1007/s00063-026-01477-8>) und Schunk et al. (KU Gesundheitsmanagement Juni 2026 [kugm_06_online.pdf](#)) veröffentlicht
2. **Haftungssicherheit für das steuernde Personal:** Klarer gesetzlicher Haftungsausschluss bei der Umsetzung validierter Ersteinschätzungsempfehlungen, um risikovermeidende Übertriage zu verhindern. Die verpflichtende ärztliche Kontrolle von Weiterleiten in den ambulanten Sektor für Krankenhäuser ohne INZ muss gestrichen werden.

3. **Ökonomische Fehlanreize an der Schnittstelle korrigieren:** Nach geltendem Recht werden Notfallbehandlungen in Krankenhäusern, die als Einweisung durch einen Vertragsarzt beginnen, aber ambulant enden, über vorstationäre Pauschalen von den Kassen vergütet. Dies erzeugt einen kontraproduktiven Fehlanreiz: Der niedergelassene Sektor schiebt die Versorgungs- und Kostenlast in die Notaufnahmen ab, ohne dass die Kassenärztliche Vereinigung (KV) dafür aufkommen muss. Um diesen Anreiz zur unkritischen Einweisung zu durchbrechen, muss die Finanzierungsverantwortung umgekehrt werden: Wenn ein Vertragsarzt einen Patienten in ein Krankenhaus einweist, sich dort in der Notaufnahme bzw. im INZ aber eine rein ambulante Behandlungsnotwendigkeit herausstellt, muss die Vergütung direkt aus den Honorartöpfen der KV fließen. Sobald die KV die finanzielle Last für solche Einweisungen trägt, entsteht ein wirksamer ökonomischer Anreiz, akute Patienten im ambulanten Netz zu halten oder vor Ort (ggf. telemedizinisch) zu sichten, statt sie unnötig in den stationären Sektor zuzuführen. Der monetäre Hebel wäre also, dass die KV bei Zulassen einer Zubringung in die Notaufnahme auch kostendeckend die für die etwaig entstehende ambulante Notfallbehandlung aufkommt.

2. Entlastung der Notaufnahmen

Aktuell führt eine Fehlsteuerung dazu, dass viele Patientinnen und Patienten die Notaufnahmen und den Rettungsdienst für Anliegen in Anspruch nehmen, die auch ambulant abschließend behandelt werden könnten.

- **Steuerung vor dem Krankenhauskontakt:** Durch die enge informationstechnische Verknüpfung der Rettungsleitstellen (112) und der neuen KV-Akutleitstellen (116117) zu einem **gemeinsamen Gesundheitsleitsystem** sollen medizinische Anfragen bereits im Vorfeld gefiltert werden.
- **Ausbau ambulanter Alternativen:** Kassenärztliche Vereinigungen (KVs) müssen flächendeckend ein durchgehendes telemedizinisches Beratungsangebot sowie einen aufsuchenden Notdienst bereitstellen. Schätzungen der Bundesregierung zufolge können dadurch jährlich rund 1,21 Millionen Fälle telefonisch oder per Videosprechstunde fallabschließend geklärt werden, sodass diese Patientinnen und Patienten gar nicht erst eine Notaufnahme aufsuchen müssen.

Beurteilung der DGIIN: Die DGIIN befürwortet auch dieses Ziel gibt aber zu bedenken, dass der **jetzige Gesetzentwurf dem Ziel der Notaufnahmeentlastung noch nicht gerecht wird und möchte auch hier darlegen, wie die Lösung aussehen kann:**

Der Gesetzentwurf postuliert durch die präklinische Steuerung (Gesundheitsleitsystem 112/116117) und telemedizinische Beratungsangebote eine massive Entlastung der Notaufnahmen (geschätzt ca. 1,21 Millionen Fälle pro Jahr). Die Annahme einer pauschalen Entlastung greift jedoch zu kurz und verkennt die realen Versorgungs- und Steuerungseffekte:

1. **Differenzierte Standort-Effekte (INZ vs. Non-INZ):** Der Entlastungseffekt wird sich je nach Krankenhausstruktur unterschiedlich darstellen. An Krankenhäusern *mit* Integriertem Notfallzentrum (INZ) werden durch die zentrale Ersteinschätzung und die Bündelung voraussichtlich eher *mehr* Patienten physisch ankommen und der Notaufnahme zugeführt werden. Eine Entlastung ist all allenfalls an Standorten *ohne* INZ zu erwarten, wenn präklinisch konsequent gesteuert wird. Hier jedoch muss ein Arzt jede durch eine Software weitergeleitete Entscheidung kritisch prüfen, was im Wesentlichen mindestens ein

Anamnesegespräch und eine fokussierte Untersuchung bedeutet also eigentlich schon einen Teil der ambulanten Behandlung beinhaltet.

2. **Softwaresteuerung (Sensitivität vs. Spezifität):** Mathematisch-statistisch kann ein Ersteinschätzungssystem niemals eine Trennschärfe von 100 Prozent erreichen. Bei akuten Leitbeschwerden (wie Thorax- oder Abdominalschmerz) gibt es erhebliche Symptomüberschneidungen zwischen harmlosen und lebensbedrohlichen Verläufen. Der Entlastungseffekt hängt somit rein mathematisch davon ab, wie die Software kalibriert wird: Eine Einstellung auf maximale Entlastung der Notaufnahmen erhöht unvermeidlich das Risiko von Fehlentscheidungen zulasten der Patientensicherheit im ambulanten Sektor. Wird sie dagegen auf maximale Patientensicherung geeicht, verpufft der Entlastungseffekt für die Notaufnahmen vollständig. Wie oben beschrieben muss zudem erst definiert werden, was die Software trennen soll.
3. **Haftungsrisiko, ärztliche Sichtung und Vergütung:** Die im Gesetz verankerte Vorgabe, dass vor einer definitiven Weichenstellung oder Abweisung grundsätzlich ein Arzt „noch einmal drübergucken“ muss, bricht das Prinzip einer reinen Automatisierung. Da der Gesetzgeber die juristische Haftung für Fehlsteuerungen der Software nicht eindeutig regelt, wird das steuernde oder sichtende Personal wie oben beschrieben immer mit einbezogen und wird im Zweifel immer den rechtlich sichersten Weg wählen. Das führt zu einer massiven Sicherheits-Übertriage hin zur Notaufnahme. Wenn diese ärztliche Sichtung und Risikoabsicherung rechtssicher und flächendeckend erfolgen soll, muss hierfür im System zwingend auch eine adäquate, kostendeckende Vergütung bereitstehen – andernfalls läuft diese gesetzliche Schutzanforderung ins Leere.

3. Stärkere Verpflichtung der Vertragsärzte und Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Verantwortung der Vertragsärzte und der KVs für die ambulante Notfallversorgung wird erheblich erhöht, da sie eine tragende Säule bei der Vermeidung von Krankenhaus-Fehlbelegungen bilden:

- **Erweiterter Sicherstellungsauftrag:** Die KVs werden gesetzlich verpflichtet, eine 24/7 verfügbare „notdienstliche Akutversorgung“ zur Erstbehandlung von Akutfällen zu gewährleisten. Dies umfasst die Pflicht zur Beteiligung an den INZ.
- **Verpflichtung zu telemedizinischen & aufsuchenden Diensten:** Neben dem Betrieb der INZ-Notdienstpraxen müssen die KVs rund um die Uhr telemedizinische Angebote und einen mobilen, aufsuchenden Notdienst vorhalten.
- **Abstimmung der offenen Sprechstunden:** Vertragsärzte bestimmter Fachgruppen müssen ihre gesetzlich vorgeschriebenen fünf offenen Sprechstunden pro Woche so koordinieren und verteilen, dass Akutpatienten an jedem Wochentag direkt über die Akutleitstellen oder die INZ-Ersteinschätzungsstelle in freie Sprechstundentermine vermittelt werden können.
- **Einbindung von Kooperationspraxen:** Zur Entlastung der Notaufnahmen während der regulären Praxiszeiten können KVs freigelassene Vertragsarztpraxen im Umfeld eines INZ als offizielle Kooperationspartner einbinden.

Beurteilung der DGIIN: Die DGIIN befürwortet auch dieses Ziel gibt aber zu bedenken, dass der jetzige Gesetzentwurf dem Ziel der die Vertragsärzte in die ambulante Notfallversorgung einzubinden noch nicht gerecht wird und möchte auch hier darlegen, wie die Lösung aussehen kann:

Wie oben angemerkt, sehen wir die Vertragsärzte und Kassenärztlichen Vereinigungen zwar in der primären Verantwortung, die ambulante Notfallversorgung zu gewährleisten. Angesichts der statistisch-methodischen Unmöglichkeit einer fehlerfreien *Ex-ante*-Trennung von Notfallpatienten zwischen den Sektoren bleiben jedoch auch die Notaufnahmen unverzichtbar in der Pflicht, sich an der ambulanten Notfallversorgung zu beteiligen. Notfallversorgung ist in Krankenhäusern aus

vielerlei Gründen – insbesondere wegen der permanenten Vorhaltung multiprofessioneller und apparativer Strukturen – jedoch deutlich teurer als im außerklinischen Bereich.

Zudem wirken in Notaufnahmen gravierende ökonomische Fehlanreize hin zur stationären Aufnahme. Es ist daher zwingend erforderlich, den Zulauf zu den Notaufnahmen dadurch zu steuern, dass die Vertragsärzte frühestmöglich in die Entscheidung eingebunden werden. Um hierfür den richtigen Hebel anzusetzen, muss die Finanzierung umgekehrt werden und die ambulante Versorgung kostendeckend für die Krankenhäuser refinanziert werden.

Als völlig inakzeptabel bewertet die DGIIN hingegen die im Entwurf angelegte Sicherstellungsfunktion in den Randzeiten: Wenn die Notaufnahme des Krankenhauses in den Zeiten, in denen weder die KV-Notdienstpraxis noch Kooperationspraxen geöffnet haben, vertretend die gesamte ambulante notdienstliche Versorgung unentgeltlich oder unterfinanziert auffangen muss, führt dies zu einer systembedingten finanziellen Destruktion der Notaufnahmen.

Die Lösung liegt somit in zwei flankierenden Maßnahmen:

1. Einer noch konsequenteren Einbindung der Vertragsärzte in das akute Notfallgeschehen – gekoppelt an eine finanzielle Verantwortung für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus.
2. Einer klaren, kostendeckenden Absicherung der Notaufnahmen für die unvermeidbaren, hochkomplexen ambulanten Behandlungen, die an diesen sektorenübergreifenden Schnittstellen erbracht werden müssen.

4. Optimierung gesundheitsökonomischer Aspekte

Die Bundesregierung verbindet mit der Reform das Ziel, die Ressourcen des Gesundheitssystems effektiver zu nutzen und die Kostenentwicklung zu dämpfen.

Beurteilung der DGIIN: Die DGIIN befürwortet auch dieses Ziel hat aber wie oben beschrieben andere Vorschläge, wie bessere Anreize zur Kostenersparnis durchgesetzt werden und drängt auf die kostendeckende Finanzierung von Notaufnahmen