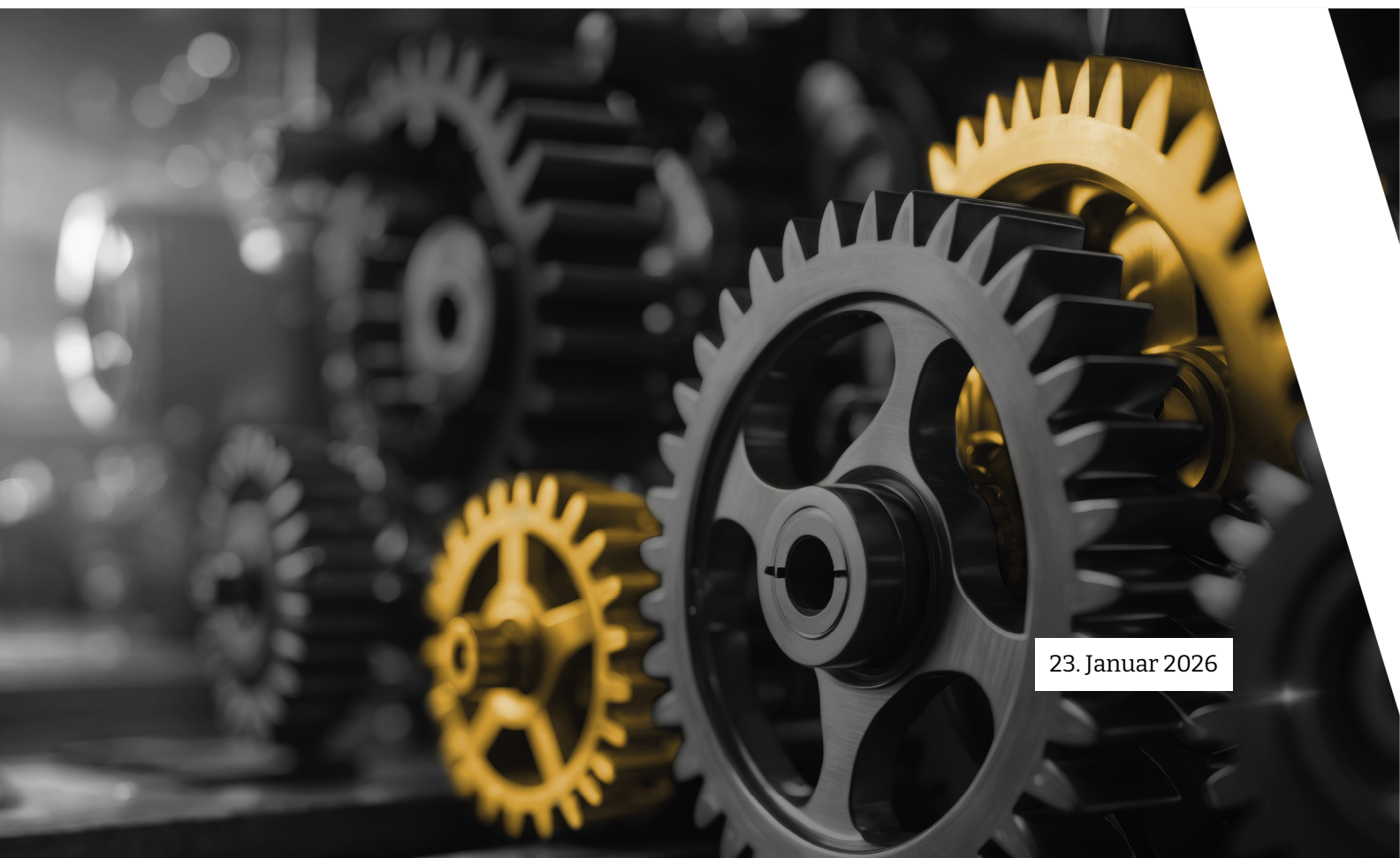


Gutachten
des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung

Reform der Notfallversorgung

Hinweise zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom
17. November 2025



23. Januar 2026

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung.....	5
1	Einführung	8
2	System der Notfallversorgung	8
	2.1 Bestehendes System.....	8
	2.2 Bestehende Probleme	10
	2.3 Grundzüge der Notfallreform	12
3	Medizinische Notfallrettung als Teil der Krankenbehandlung (§ 30 SGB V-RefE).....	14
	3.1 Geplante Neuregelung	14
	3.2 Bewertung	14
4	Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen – Akutleitstellen (§ 75 SGB V-RefE).....	15
	4.1 Geplante Neuregelung	15
	4.2 Bewertung	16
5	Einrichtung Integrierter Notfallzentren (§§ 123 ff. SGB V-RefE).....	18
	5.1 Geplante Neuregelung	18
	5.2 Bewertung	21
6	Leistungserbringer in der medizinischen Notfallrettung sowie bei Krankentransporten und -fahrten (§§ 133 ff. SGB V-RefE).....	24
	6.1 Geplante Neuregelung	24
	6.2 Bewertung	25
7	Gesundheitsleitsystem (§ 133a SGB V-RefE).....	26
	7.1 Geplante Neuregelung	26
	7.2 Bewertung	26
8	Finanzierung aus dem Sondervermögen (§ 133f SGB V-RefE).....	27
	8.1 Geplante Neuregelung	27
	8.2 Bewertung	28
9	Abschließende Würdigung.....	29

Abkürzungsverzeichnis

B

BMG *Bundesministerium für Gesundheit*

BWV *Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung*

D

DKG *Deutsche Krankenhausgesellschaft*

G

G-BA *Gemeinsamer Bundesausschuss*

GKV *Gesetzliche Krankenversicherung*

GKV-Spitzenverband *Spitzenverband Bund der Krankenkassen*

I

INZ *Integrierte Notfallzentren*

K

KBV *Kassenärztliche Bundesvereinigung*

KV/KVen *Kassenärztliche Vereinigung/Kassenärztliche Vereinigungen*

N

Notfallreform *Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung*

R

RefE *Referentenentwurf*

RL-Ersteinschätzung G-BA *Richtlinie des G-BA zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung*

RL-Ersteinschätzung KBV *Richtlinie der KBV für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren bei der Vermittlung von Akutfällen durch die Terminservicestelle*

S

SGB V *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung*

SVR *Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege*

0 Zusammenfassung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im November 2025 den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallreform) vorgelegt. Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung (BWV) nimmt dies zum Anlass, auf Schwächen des Gesetzentwurfs hinzuweisen.

0.1

Bislang werden akut medizinisch Hilfesuchende in einem zersplitterten und ineffizienten System versorgt. In diesem sind primär die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für den Bereich des vertragsärztlichen Notdienstes, die Länder für den Bereich des Rettungsdienstes und die Krankenhäuser für die Notaufnahmen zuständig. Die Ausgaben für den Rettungsdienst sind in den vergangenen Jahren stark gestiegen. Zudem sind Notaufnahmen der Krankenhäuser und die Rettungsdienste überlastet, teils mit Fällen, die keiner unmittelbaren Behandlung bedürfen. Ziel der Notfallreform ist eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung. Versorgungsbereiche sollen besser vernetzt und aufeinander abgestimmt werden. Der BWV hält diesen Ansatz für richtig und überfällig. (Textnummern 2, 9)

0.2

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherte sollen künftig einen Sachleistungsanspruch auf medizinische Notfallrettung als Teil der Krankenbehandlung erhalten. Die Rettungsleitstellen in den Ländern sollen ihre Entscheidung zur Notfallrettung anhand einer digitalen standardisierten Notrufabfrage treffen. Der BWV hält dies grundsätzlich für zweckmäßig. Allerdings trifft der Gesetzentwurf keine Vorgaben zu diesen Notrufabfragen, weder zum Inhalt noch dazu, welche Stelle diese Abfragen bestimmt und standardisiert. Dies sollte klargestellt werden. (Textnummern 3, 9)

0.3

Die KVen sollen künftig rund um die Uhr eine notdienstliche Akutversorgung anbieten. Hierfür betreiben sie insbesondere Akutleitstellen, die Versicherte auf Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung auf der medizinisch gebotenen Versorgungsebene vermitteln. Dabei gilt ein Vorrang der regulären vertragsärztlichen Versorgung. Der BWV hält diesen Ansatz für grundsätzlich richtig. Allerdings weist er darauf hin, dass die mit dem Gesetzentwurf geplanten

Strukturänderungen zu deutlichem Personalmehrbedarf führen könnten. Angesichts bereits bestehender Personallücken im Gesundheitswesen muss das BMG dies in seine Reformbemühungen mit einbeziehen. (Textnummern 4, 9)

0.4

Zentrale neue Struktur der Notfallversorgung sollen Integrierte Notfallzentren (INZ) an Krankenhäusern sein. Sie bestehen aus einer Notdienstpraxis der regionalen KV, der Notaufnahme des Krankenhauses sowie einer Ersteinschätzungsstelle. Letztere steuert Hilfesuchende anhand einer standardisierten digitalen Ersteinschätzung in die richtige Versorgungsebene. Der BWV begrüßt die Einrichtung von INZ. Sie können die bestehende Überlastung von Notfallstrukturen verringern und Hilfesuchenden die für sie passende Versorgung vermitteln. Allerdings geht die Einrichtung von INZ mit einem hohen bürokratischen Aufwand einher. Eine Vielzahl von Beteiligten in Bund, Ländern und Selbstverwaltung müssen binnen teils kurzer und nicht ausreichend aufeinander abgestimmter Fristen Regelungen erlassen und Vereinbarungen treffen. Zudem sind die Vorgaben zu INZ nicht ausreichend konkret. Es droht ein „Flickenteppich“ an Regelungen und Strukturen, der dem Ziel einer möglichst bundeseinheitlichen und effizienten Notfallstruktur entgegenläuft. Auch kommen Aspekte der Wirtschaftlichkeit bei der Regelung der INZ nicht ausreichend zur Geltung. (Textnummern 5, 9)

0.5

Die vorgesehenen Ersteinschätzungssysteme werden inhaltlich von unterschiedlichen Beteiligten verantwortet: die Notrufabfrage der Rettungsleitstellen von den Ländern, die Ersteinschätzung der Akutleitstellen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie die Ersteinschätzungen in den INZ und in den Notaufnahmen vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die Systeme sind nicht aufeinander abgestimmt, obwohl sie ähnliche Sachverhalte mit ähnlichem Ziel regeln: Medizinisch Hilfesuchende sollen zügig die richtige Versorgung erhalten. Dies bedroht das Ziel einer aufeinander abgestimmten und vernetzt arbeitenden Notfallstruktur. (Textnummern 3.1, 4.1, 5, 9)

0.6

Die Krankenkassen der GKV erstatten die Kosten von Rettungseinsätzen bislang als Fahrtkostenersatz, dessen Höhe sich insbesondere nach von Ländern und Kommunen festgelegten Gebühren und Entgelten richtet. Die Höhe dieser Beträge unterscheidet sich bundesweit sehr deutlich. Die Krankenkassen haben darauf wenig Einfluss. Künftig sollen sich die Zahlungspflichten der Krankenkassen nach Vergütungsverträgen richten, die sie mit den zuständigen Stellen in den Ländern schließen und die sämtliche Leistungen der medizinischen

Notfallrettung umfassen. Der BWV begrüßt diesen Wechsel auf ein Vertragsmodell. Der Leistungsinhalt wird klargestellt und die Krankenkassen können die Vergütung der Leistungen über Verhandlungen beeinflussen. Allerdings gibt es kaum konkrete Vorgaben zu den Kosten, die Bestandteil der Vergütungskalkulation für die Beteiligten sind. Damit drohen nach wie vor unterschiedliche Zahlungsbeträge von Krankenkassen für vergleichbare Leistungen. Es sollte bundesweit verbindliche Vorgaben zu den Bestandteilen der Vergütungskalkulation geben. (Textnummern 6, 9)

0.7

Der Gesetzentwurf wirkt darauf hin, sogenannte Gesundheitsleitsysteme aus vernetzten Akut- und Rettungsleitstellen in den Ländern zu bilden. KVen sollen dazu verpflichtet sein, wenn Träger des Rettungsdienstes den Abschluss entsprechender Vereinbarungen verlangen. Aus Sicht des BWV sollten vernetzte Leitstellen von Akut- und Notfallsystem der Standard in einer effizienten Notfallstruktur sein. Der Gesetzentwurf sollte in stärkerem Maße verbindliche Regelungen vorsehen, um dieses Ziel zu erreichen. (Textnummern 7, 9)

0.8

Die Notfallreform verlangt sehr umfassend digitale Prozesse mit einheitlichen Schnittstellen zur Fallweitergabe und gemeinsamen Fallbearbeitung zwischen etlichen verschiedenen Beteiligten. Diese Umstellung ist mit erheblichem technischen Umsetzungsaufwand (Hard- und Software) sowie Schulungsaufwand für Beschäftigte in den Strukturen der Notfallversorgung verbunden. Der BWV weist darauf hin, dass größere IT-Projekte erfahrungsgemäß hohe Komplexität, Fehleranfälligkeit und daraus resultierende Verzögerungen mit sich bringen. Dies sollte im weiteren Gesetzgebungsprozess berücksichtigt werden. (Textnummern 4.2, 5.2, 9)

0.9

Für einige Maßnahmen der Digitalisierung stellt der Bund Mittel aus dem Sondervermögen nach Artikel 143h Absatz 1 Grundgesetz bereit. Der BWV sieht durch die konkrete Ausgestaltung maßgebliche haushalterische Interessen des Bundes bedroht. Die Bundesmittel sollten nur zusätzlich zu maßgeblichen Investitionsanstrengungen der Länder ausgereicht werden, da es sich etwa bei der Ausstattung der Rettungsleitstellen um eine Aufgabe der Länder handelt. Außerdem ist eine umfassende Verwendungsnachweisprüfung mit ggf. verpflichtender Mittelrückforderung vorzusehen. (Textnummern 8, 9)

1 Einführung

Das BMG hat den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt.¹ Ziel der Reform soll es sein, für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen. Ihre Versorgungsbereiche sollen besser vernetzt und aufeinander abgestimmt werden. Defizite bei der Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene sollen mit der Reform verringert werden.²

Der Gesetzentwurf sieht maßgebliche Änderungen in Aufbau und Abläufen der Notfallversorgung vor. Der BWV nimmt seine Prüfungserfahrungen zum Anlass, auf **Bedenken und Unklarheiten** hinzuweisen.

2 System der Notfallversorgung

2.1 Bestehendes System

Die Notfallversorgung umfasst die drei Bereiche

- vertragsärztlicher Notdienst,
- Notaufnahmen der Krankenhäuser und
- Rettungsdienste.

Der **vertragsärztliche Notdienst** ist die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten. Er ist von den regionalen KVen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags zu gewährleisten. Bundesweit einheitlich ist er unter der Rufnummer **116 117** zu erreichen. Die KVen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen, entweder durch Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern oder Einbindung des Notdienstes in die Notfallambulanzen der Krankenhäuser.³ Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) berichtete im Jahr 2023 von 545 bestehenden KV-Notdienstpraxen.⁴

¹ Referentenentwurf (RefE) des BMG für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung, Bearbeitungsstand: 17. November 2025.

² RefE S 1f.

³ § 75 Absatz 1b Sätze 1, 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V).

⁴ GKV-Spitzenverband, Bedarfsgerechte Planung und Ausstattung von Integrierten Notfallzentren, August 2023, S. 13.

Notaufnahmen sind an Krankenhäusern eingerichtet und ebenfalls Anlaufstelle für medizinische Notfälle.⁵ Der G-BA beschließt Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.

Im Jahr 2024 wurden 13 Millionen ambulante Behandlungsfälle in Notaufnahmen von Krankenhäusern versorgt.⁶ Die unnötige Inanspruchnahme von Notaufnahmen in Krankenhäusern durch Personen, die keiner Notfallversorgung bedürfen, ist seit Jahren Gegenstand von Diskussionen. Nach einer Umfrage des GKV-Spitzenverbandes suchte im Jahr 2023 ein Viertel der Versicherten eine Notaufnahme auf, von denen 60 % ambulant behandelt und 40 % stationär aufgenommen wurden. In 28 % der Fälle waren die Aufsuchenden selbst davon ausgegangen, dass sie in einer Arztpraxis ambulant hätten behandelt werden können.⁷

Der **Rettungsdienst** (bodengebunden und nicht bodengebunden, wie z. B. die Luftrettung⁸) stellt Personal und Rettungsmittel bereit, um Menschen in Lebensgefahr oder Gefahr einer schwerwiegenden medizinischen Schädigung unverzüglich zu behandeln und vor weiterer Gefahr zu bewahren. Er ist erreichbar unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer **112**. Der Rettungsdienst umfasst die notfallmedizinische Rettung (medizinische Maßnahmen am Notfallort, Herstellung der Transportfähigkeit und Transport unter fachgerechter Betreuung in eine medizinische Versorgungseinrichtung) sowie den qualifizierten Krankentransport (Beförderung sonstiger Kranker, Verletzter oder Hilfsbedürftiger, die beim Transport einer fachgerechten medizinischen Betreuung bedürfen).⁹

Der Rettungsdienst ist Teil der **öffentlichen Daseinsvorsorge** und der **nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr**. Für seine Sicherstellung, Organisation und Durchführung sind gemäß Artikel 30, 70 Grundgesetz die **Länder zuständig**. Deren Landesrettungsdienstgesetze gestalten den Rettungsdienst unterschiedlich aus. Meist ist den Landkreisen und kreisfreien Städten die Trägerschaft des bodengebundenen Rettungsdienstes übertragen. Die Ausführung selbst obliegt den Kommunen, von diesen beauftragten Hilfsorganisationen oder privatwirtschaftlichen Unternehmen.¹⁰

Die Einsätze des Rettungsdienstes koordinieren **Rettungsleitstellen**. Sie nehmen rund um die Uhr Notrufe entgegen und entsenden Personal und Fahrzeuge. Leitstellen können dabei nicht nur für medizinische Notfälle, sondern auch für andere Bereiche der Gefahrenabwehr wie z. B. Polizei, Brandbekämpfung und Katastropheneinsätze

⁵ Ausnahmen gelten z. B. für Spezial-, Privat- und Rehabilitationskliniken.

⁶ Nach 12,1 Millionen im Jahr 2022 und 12,4 Millionen im Jahr 2023.

⁷ GKV-Versichertenbefragung im Frühjahr 2024.

⁸ Im Folgenden befasst sich der BWV insbesondere mit dem bodengebundenen Rettungsdienst.

⁹ Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Zur Reichweite der Gesetzgebungskompetenz des Bundes bei einer Verankerung der Notfallversorgung im SGB V, Stand: 10. April 2024, WD 9 - 3000 - 093/23, S. 5 f.

¹⁰ Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Zur Reichweite der Gesetzgebungskompetenz des Bundes bei einer Verankerung der Notfallversorgung im SGB V, Stand: 10. April 2024, WD 9 - 3000 - 093/23 S. 6 f.

zuständig sein (Integrierte Leitstellen). Die konkrete Ausgestaltung richtet sich nach den Rettungsdienstgesetzen der Länder und unterscheidet sich deutlich von Land zu Land.

Neben der Regelungskompetenz der Länder ist die Notfallrettung geprägt durch die **bundesrechtliche Verpflichtung der GKV** zur Versorgung ihrer Versicherten. Der Bund hat gemäß Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 Grundgesetz die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit für die Sozialversicherung.

Derzeit ist der Leistungsinhalt der GKV im Rettungsdienst gemäß §§ 60, 133 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) lediglich als sogenannte **Übernahme von Transportkosten** ausgestaltet. Die GKV finanziert die Notfallrettung als Fahrkostenersatz.¹¹ Entweder werden Gebühren und Entgelte für die Inanspruchnahme von Rettungsdienstleistungen durch Landes- oder Kommunalrecht festgelegt¹² oder Krankenkassen schließen Vereinbarungen mit entsprechenden Einrichtungen oder Unternehmen¹³. Die Krankenkassen haben die Kosten der Inanspruchnahme durch ihre Versicherten nach diesen Regelungen zu erstatten, sofern sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig war.¹⁴ Der Einfluss der Krankenkassen auf die Höhe der Gebühren- und Entgeltsätze ist nach § 133 SGB V sehr begrenzt. Sie dürfen im Wesentlichen weder unwirtschaftliche Kosten übernehmen noch Investitionskosten und Kosten der Reservierung, die über die Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes hinausgehen.¹⁵

2.2 Bestehende Probleme

Die **Ausgaben der GKV für Rettungswagenfahrten** sind in den Jahren 2015 bis 2024 von knapp 2 auf mehr als 4,6 Mrd. Euro gestiegen. Die ggf. zusätzlich anfallenden Ausgaben für Notarzteinsätze stiegen im gleichen Zeitraum von knapp 1 auf 1,5 Mrd. Euro.¹⁶

¹¹ RefE S. 43.

¹² § 133 Absatz 2 SGB V.

¹³ § 133 Absatz 1 SGB V.

¹⁴ § 60 Absatz 1 Satz 1 SGB V. Damit haben sie z. B. Kosten für sog. Fehlfahrten (medizinische Hilfeleistung ohne anschließende Transportleistung) nicht zu tragen.

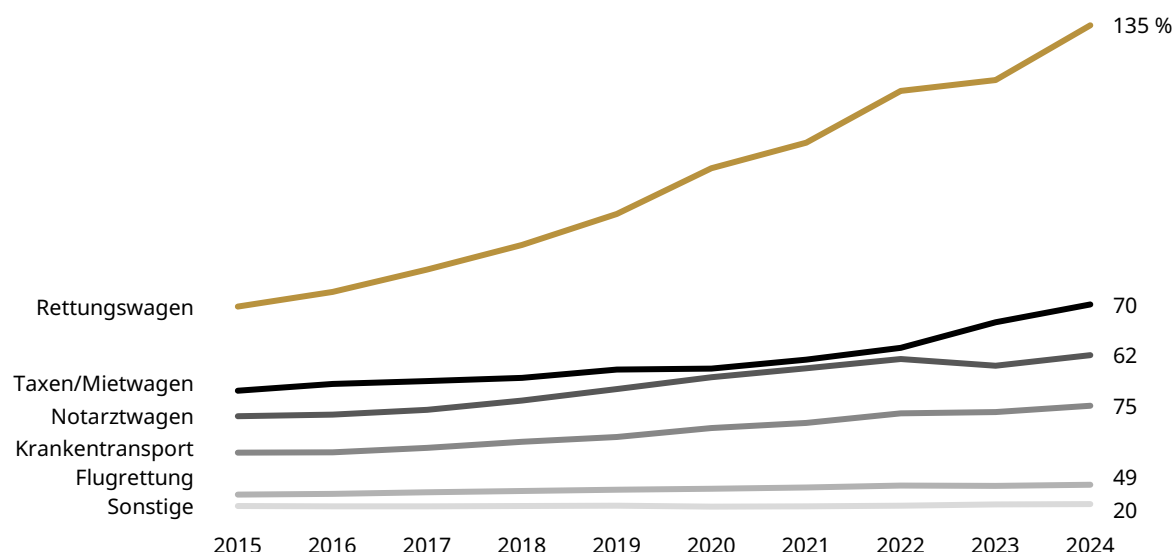
¹⁵ § 133 Absatz 2 Nummer 2, 3 SGB V.

¹⁶ Gesundheit und Gesellschaft, Von Krankentransport bis Flugrettung: Kassenausgaben steigen ungebremst, 1. Juli 2025.

Abbildung 1

Ausgaben für Krankentransporte erheblich gestiegen

Die Ausgaben der GKV für alle Arten von Krankentransporten nahmen deutlich zu. Die Ausgaben für Rettungswagenfahrten stiegen am stärksten, seit dem Jahr 2015 um 135 %.



Grafik: Bundesrechnungshof. Quelle: KJ1-Statistik des BMG.

Die Länder können für den Rettungsdienst nach derzeitiger Rechtslage aufgrund der Verzahnung ihrer eigenen Regelungskompetenz mit der GKV-Kostenerstattung eine **Zahlungspflicht der Krankenkassen begründen**. Dabei zahlen die Krankenkassen, ohne auf die Leistung selbst Einfluss nehmen zu können.¹⁷

Insbesondere die Kostenerstattung der Krankenkassen nach § 133 SGB V für Rettungsfahrten löst seit Jahren Diskussionen aus. Der **Bundesrechnungshof** hatte sich im Jahr 2018 u. a. mit Rettungsfahrten zu Lasten der GKV befasst.¹⁸ Er beanstandete, dass die Ermittlung der Fahrtkosten gesetzlich nicht ausreichend geregelt ist. Länder und Kommunen zogen sich zunehmend aus der Finanzierung des Rettungsdienstes zurück und bürdeten immer mehr Kosten den Krankenkassen auf, obwohl diese die Entscheidungen von Ländern und Kommunen im Bereich des Rettungsdienstes kaum beeinflussen können. Daraus resultierten u. a. große Unterschiede bei den von Krankenkassen zu übernehmenden Kosten für die einzelnen Rettungseinsätze.¹⁹ Krankenkassen trugen aus Wettbewerbsgründen häufig unzulässig Gebühren- und Entgeltbestandteile, damit ihre Versicherten nicht persönlich anteilig mit Kosten belastet werden.

¹⁷ Di Fabio, Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Neuordnung der deutschen Notfallrettung, Juni 2024, S. 8 f.

¹⁸ Bericht nach § 88 Absatz 12 BHO über die Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten, IX 1 - 2017 - 0789.

¹⁹ Beispielsweise reichten Kosten für den Einsatz eines Rettungswagens von 270 bis 945 Euro.

An diesem Befund hat sich in den vergangenen Jahren nichts grundlegend geändert. Gebühren und Benutzungsentgelte ermitteln die Träger der Rettungsdienste nach den landesrechtlichen Regelungen sehr unterschiedlich. Häufig fehlt es an Anreizen für einen wirtschaftlichen Betrieb der Rettungsdienste und deren Leitstellen, da deren Kosten als Gebühren und Benutzungsentgelte weitgehend gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden. Außerdem können die Träger der Rettungsdienste ihre Gebühren- und Entgeltkalkulation oft nicht ausreichend spezifizieren. Wegen der erheblich gestiegenen Ausgaben streiten die Krankenkassen vermehrt öffentlich mit den Trägern der Rettungsdienste über die Höhe der Kostenübernahme.²⁰ Zudem werden Rettungsdienste ebenso wie die Notaufnahmen in Krankenhäusern immer häufiger in Fällen in Anspruch genommen, die **keine Notfälle** sind.²¹

Eine Regierungskommission stellte im Jahr 2023 fest, dass die Notfall- und Akutmedizin eine starke Auffangfunktion für andere Versorgungsformen habe und deshalb besonders unter den Defiziten des Gesundheitswesens leide. Die **starke sektorale Trennung** der Notfallmedizin in drei wenig abgestimmte Bereiche (Notaufnahmen der Krankenhäuser, Notfallversorgung durch KVen, Notfallrettung in Zuständigkeit der Länder) verschärfe das Problem. Steuerung, Leistungsvorgaben und Finanzierung müssten künftig aufeinander abgestimmt sein.²² Zudem stellte die Regierungskommission fest, dass es im Jahr 2022 in Deutschland ca. 300 eigenständige **Rettungsdienstbereiche** mit ca. 240 Leitstellen in 13 unterschiedlichen Organisationsformen gab. Sie empfahl perspektivisch ca. eine Leitstelle für eine Million Einwohnerinnen und Einwohner.²³ Davon ist Deutschland derzeit weit entfernt: Während z. B. in Sachsen-Anhalt im Jahr 2022 eine Leitstelle für durchschnittlich knapp 170 000 Einwohnerinnen und Einwohner zuständig war, waren es in Sachsen pro Leitstelle mehr als 800 000 Einwohnerinnen und Einwohner.²⁴

2.3 Grundzüge der Notfallreform

Die Notfallreform beabsichtigt, die Bereiche vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen an Krankenhäusern und Rettungsdienst besser – möglichst bundeseinheitlich – zu verzahnen und zu vernetzen. Hilfesuchende sollen bedarfsgerecht und effizient gesteuert werden. So sollen z. B. Fehlinanspruchnahmen von Notaufnahmen der Krankenhäuser verringert werden.

²⁰ So z. B. in Brandenburg und Nordrhein-Westfalen.

²¹ RefE S. 3.; Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V.; Deutsche Welle, 112 – Rettungsdienste schlagen Alarm (Dezember 2022).

²² Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Vierte Stellungnahme. Reform der Notfall- und Akutversorgung. Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen, Februar 2023, S. 4.

²³ Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Neunte Stellungnahme. Reform der Notfall- und Akutversorgung. Rettungsdienst und Finanzierung, September 2023, S. 12.

²⁴ In den Stadtstaaten Berlin und Hamburg mit jeweils einer Leitstelle waren es sogar 3,8 bzw. 1,9 Millionen Menschen pro Leitstelle.

Zur Erreichung dieser Ziele sieht der Gesetzentwurf wesentliche strukturelle Änderungen am System der Notfallversorgung vor:

- Die medizinische Notfallrettung wird als eigener Leistungsbereich der GKV definiert. Sie wird damit zur Sachleistung der Krankenkassen anstelle einer bloßen Kostenerstattung für Transportleistungen.²⁵
- Regionale Gesundheitsleitsysteme, bestehend aus Rettungsleitstelle (Rufnummer 112) und Akutleitstelle (Rufnummer 116 117), sollen digital vernetzt arbeiten und Hilfesuchende in die für sie passende Versorgungsebene steuern. Dabei sollen aufeinander abgestimmte Ersteinschätzungssysteme zum Einsatz kommen.
- Zur Entlastung der Krankenhausnotaufnahmen sollen die KVen durchgängig eine telemedizinische und aufsuchende Versorgung sicherstellen.
- Flächendeckend werden an ausgewählten Krankenhäusern INZ als sektorenübergreifende Strukturen eingerichtet, ggf. auch spezielle INZ für Kinder und Jugendliche. Sie bestehen aus Notaufnahme des Krankenhauses, Notdienstpraxis der KV sowie Ersteinschätzungsstelle und übernehmen die Erstversorgung.²⁶ Patientinnen und Patienten, die vor Inanspruchnahme der INZ die Akutleitstelle angerufen haben, sollen bevorzugt versorgt werden.
- Die Vergütung von Leistungen der medizinischen Notfallrettung richtet sich zukünftig nach Verträgen, die die Krankenkassen mit den Ländern, den Trägern der Notfallrettung oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen abschließen.²⁷ Maßgeblich sind damit nicht mehr die Gebühren- und Entgeltordnungen.
- Die an der Notfallversorgung beteiligten Stellen, wie Akut- und Rettungsleitstelle, Notdienst- bzw. Kooperationspraxen, INZ, Krankenhäuser, Rettungsdienste usw., sollen deutlich stärker als bislang verpflichtend digital vernetzt miteinander kommunizieren und Daten austauschen können. Das Angebot telemedizinischer Leistungen wird verpflichtend ausgebaut.

²⁵ § 27 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7, 30 SGB V-RefE.

²⁶ § 123 SGB V-RefE.

²⁷ § 133 SGB V-RefE.

3 Medizinische Notfallrettung als Teil der Krankenbehandlung (§ 30 SGB V-RefE)

3.1 Geplante Neuregelung

Versicherte sollen künftig einen Sachleistungsanspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung als Teil der Krankenbehandlung erhalten.²⁸ Damit wird die Notfallrettung als eigenständiger Leistungsbereich im SGB V definiert. Bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalls haben Versicherte künftig einen Anspruch auf Notfallrettung durch einen Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 SGB V-RefE.²⁹ Die medizinische Notfallrettung umfasst dabei nicht nur den Notfalltransport, sondern auch die notfallmedizinische Versorgung an sich sowie das Notfallmanagement. Die Entscheidung, eine medizinische Notfallrettung zu veranlassen, trifft die Rettungsleitstelle aufgrund einer digitalen standardisierten Notrufabfrage.³⁰

3.2 Bewertung

Der BWV begrüßt die Aufnahme der Notfallrettung als Teil der Krankenbehandlung und die damit einhergehende Einbeziehung in den Sachleistungsanspruch der Versicherten gegenüber den Krankenkassen. Die bisherige Regelung, nach der Krankenkassen die Kosten der Notfallrettung lediglich als akzessorische Nebenleistung des Rettungstransports und damit als Fahrtkosten erstatten, erscheint nicht mehr sachgerecht.

Zum einen ist der Rettungstransport im Regelfall nicht (mehr) der Schwerpunkt der Notfallrettung. Dieser besteht vielmehr in den medizinischen Maßnahmen am Notfallort und im Rettungsfahrzeug durch hochqualifiziertes Personal. Zum anderen wird dadurch Rechtssicherheit für Versicherte geschaffen, die nicht mehr lediglich eine Erstattung von Fahrtkosten durchsetzen können, sondern einen „echten“ Sachleistungsanspruch auf Notfallrettung gegenüber ihrer Krankenkasse. Abgewickelt wird dieser unmittelbar zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer.

Die geplante standardisierte Notrufabfrage soll ferner zu bundesweit einheitlichen Kriterien für das Vorliegen eines medizinischen Notfalls führen. Damit könnten Leistungen vergleichbarer, besser planbar und perspektivisch wirtschaftlicher erbracht werden. Der BWV begrüßt dies. Er vermisst allerdings eine präzise Bestimmung, wer für die Inhalte und Entscheidungswege der Abfrage verantwortlich ist, wer also den

²⁸ § 27 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V-RefE.

²⁹ § 30 Absatz 1 SGB V-RefE.

³⁰ § 30 Absatz 2 SGB V-RefE.

Standard setzt. Das Gesetz sollte die Anforderungen an eine digitale standardisierte Notrufabfrage durch die Rettungsleitstellen für alle Beteiligten einheitlich und verbindlich regeln und Verantwortlichkeiten festlegen.

Nicht zuletzt lassen sich die mit dem Gesetzentwurf bezifferten Einsparungen bei der Reduktion von Notarzteinsätzen und der Entsendung bedarfsgerechter Transportmittel von bis zu 593 Mio. Euro jährlich³¹ nur mit der verbindlichen Verwendung einer bundesweit einheitlichen standardisierten Notrufabfrage in allen Rettungsleitstellen zuverlässig realisieren. An der Entwicklung und Festlegung der Standards sollte die GKV als weit überwiegender Kostenträger veranlasster Maßnahmen maßgeblich beteiligt werden.

4 Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen – Akutleitstellen (§ 75 SGB V-RefE)

4.1 Geplante Neuregelung

Die Aufgaben der einzelnen KVen im System der Notfallversorgung sollen ausgeweitet werden.

Es wird klargestellt, dass der Sicherstellungsauftrag auch die 24 Stunden täglich verfügbare vertragsärztliche Versorgung in Fällen erfasst, in denen eine sofortige Behandlung medizinisch notwendig ist. Leistungen im **Notdienst** (notdienstliche Akutversorgung) sollen jedoch nur unaufschiebbar erforderliche Maßnahmen umfassen. Während der vertragsärztlichen Sprechstunden können wie bisher auch weitergehende Leistungen erbracht werden. Den Notdienst stellen die KVen sicher durch

- die Beteiligung an INZ³²,
- ein telefonisches und videounterstütztes ärztliches Versorgungsangebot, das 24 Stunden am Tag erreichbar ist, sowie
- einen 24 Stunden verfügbaren aufsuchenden Dienst für Fälle, in denen die Versorgung nicht anders erbracht werden kann; hierfür können sie mit Trägern des Rettungsdienstes und Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung kooperieren.³³

³¹ RefE S. 5.

³² Zu INZ siehe Textnummer 5.

³³ Zum Ganzen § 75 Absatz 1b SGB V-RefE.

Insbesondere sollen die KVen künftig unter der Rufnummer 116 117 und über digitale Angebote rund um die Uhr erreichbare **Akutleitstellen** betreiben.³⁴ Diese sind zentrale erste Anlaufstelle für Personen, die von einer sofortigen ambulanten Behandlungsnotwendigkeit ausgehen.³⁵ Der unter der gleichen Rufnummer seit Jahren erreichbare Terminservice der KVen bleibt bestehen. Binnen neun Monaten nach Verkündung des Gesetzes muss sichergestellt sein, dass die Akutleitstelle für 75 % der Anrufenden binnen drei Minuten und für 95 % binnen zehn Minuten erreichbar ist.

In Akutfällen muss die Akutleitstelle Versicherten künftig auf Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten **Ersteinschätzungsverfahrens** eine unmittelbare ärztliche Versorgung auf der medizinisch gebotenen Versorgungsebene vermitteln. Dies soll vorrangig in Sprechstunden vertragsärztlicher Praxen geschehen. Der aufsuchende Dienst ist nur dann zu vermitteln, wenn weder das Aufsuchen einer Praxis oder eines INZ noch eine telemedizinische Konsultation möglich oder ausreichend ist.³⁶ Die Richtlinien zur Regelung des Ersteinschätzungsverfahrens erlässt die KBV (RL-Ersteinschätzung KBV).³⁷

4.2 Bewertung

Der BWV hält es für sinnvoll, akut Hilfesuchende primär in das System der vertragsärztlichen Versorgung zu steuern und dafür den Sicherstellungsauftrag der KVen für einen Notdienst rund um die Uhr klarzustellen. Zweckmäßig erscheint es auch, deutlich stärker auf digitalisierte Prozesse und Beratungsangebote zu setzen. Bundesweit einheitliche und standardisierte Ersteinschätzungsverfahren sowie die Subsidiarität des aufsuchenden Dienstes und erst recht von Notaufnahmen und Rettungsdienst können zur Entlastung anderer Notdienststrukturen beitragen.

Die Umsetzung der Reformmaßnahmen erscheint jedoch teilweise problematisch: Der geplante Ausbau der notdienstlichen Akutversorgung und der Betrieb der INZ einschließlich der Notdienstpraxen wird mit einem **erheblichen Personalmehrbedarf** einhergehen. Allein für den Betrieb der zusätzlichen KV-Notdienstpraxen an den INZ-Standorten rechnete der GKV-Spitzenverband bereits im Jahr 2023 mit einem Mehrbedarf von 637 Ärztinnen und Ärzten.³⁸ Der ärztliche Mehrbedarf für den täglich durchgehenden Betrieb der Akutleitstelle, das telefonische und videounterstützte ärztliche Versorgungsangebot und den aufsuchenden Dienst käme noch hinzu.

³⁴ Zu den Akutleitstellen § 75 Absatz 1c SGB V-RefE.

³⁵ RefE S. 60.

³⁶ Für den aufsuchenden Dienst können die KVen auch qualifiziertes nichtärztliches Personal nach ärztlicher Anordnung unter ärztlicher Verantwortung einsetzen, § 75 Absatz 1b Satz 7 SGB V-RefE.

³⁷ § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 SGB V. Die KBV hat dem folgend die Richtlinie für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 SGB V in Verbindung mit § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 SGB V (Stand: 1. Juli 2024) erlassen. Die Richtlinie bezieht sich auf die Vermittlung von Akutfällen durch die Terminservicestelle.

³⁸ GKV-Spitzenverband, Bedarfsgerechte Planung und Ausstattung von Integrierten Notfallzentren, August 2023, S. 13. Die damals zugrunde gelegten Rahmenbedingungen waren mit denen des RefE vergleichbar.

Ob die **notwendigen Fachkräfte** im Gesundheitssystem kurz- bis mittelfristig zu akquirieren sind, erscheint aus Sicht des BWV fraglich.³⁹ Bereits jetzt lässt sich der Fachkräftebedarf bei notdienstlicher Akutversorgung durch die vorhandenen personellen Ressourcen, die von Nachwuchsmangel und Überalterung gekennzeichnet sind, nur schwer decken.⁴⁰ Der Gesetzentwurf enthält zum Fachkräftemangel keine Lösung. Lediglich beim aufsuchenden Dienst soll qualifiziertes nichtärztliches Personal nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung Aufgaben übernehmen können.

Für die Reform der Notfallversorgung ist es unabdingbar, dass die erforderlichen Fachkräfte zur Verfügung stehen. Das BMG sollte begründet darlegen, mit welchen Maßnahmen es den Mehrbedarf an Fachkräften kurz- und mittelfristig abdecken will.

Die **RL-Ersteinschätzung** KBV zur Vermittlung von Akutfällen durch die Terminservice-stelle soll auch für das **Ersteinschätzungsverfahren** nach der Notfallreform gelten. Überarbeitungsbedarf sieht der Gesetzentwurf nicht. Das hält der BWV für nicht sachgerecht. Die Struktur der Notfallversorgung soll sich künftig maßgeblich ändern, beispielsweise durch die Einführung von INZ, den stärkeren Fokus auf die Steuerung in die vertragsärztliche Versorgungsebene sowie die ausgeweitete Nutzung digitaler Möglichkeiten. Dies muss die RL-Ersteinschätzung KBV abbilden, sie muss daher binnen kurzer Frist angepasst werden. Der Gesetzentwurf sollte Regelungen dazu enthalten.

Nicht zuletzt erfordert die deutlich stärkere Einbeziehung **digitaler Strukturen und Angebote** in die Akut- und Notfallversorgung den Aufbau entsprechender technischer Infrastruktur (Hard- und Software). Der BWV weist darauf hin, dass dies ein hoch ambitioniertes Ziel ist, zumal die neuen technischen Strukturen binnen kurzer Zeit nahtlos im laufenden Betrieb der Akut- und Notfallversorgung implementiert werden müssen. Dabei ist bekannt, dass IT-Großprojekte häufig mit zunächst unerwarteten Verzögerungen und anderen massiven Schwierigkeiten zu kämpfen haben. Der Gesetzentwurf zur Notfallreform thematisiert das nicht. Der BWV hält es für notwendig, den organisatorischen Rahmen für den Aufbau der digitalen Strukturen und Angebote frühestmöglich verbindlich abzustecken.

³⁹ Auch das BMG weist im Gesetzentwurf auf den Fachkräftemangel hin, siehe RefE S. 3, 44. Der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (SVR) hatte im Jahr 2024 ebenfalls den Personalmangel im Gesundheitswesen sowie Lösungsansätze thematisiert, siehe SVR, Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, 2024, Empfehlungen S. 191 ff.

⁴⁰ Vgl. KV Baden-Württemberg zur Schließung von 26 Standorten von Notfallpraxen; Tagesspiegel zu Personalmangel im Bereitschaftsdienst.

5 Einrichtung Integrierter Notfallzentren (§§ 123 ff. SGB V-RefE)

5.1 Geplante Neuregelung

Zukünftig sollen an zugelassenen Krankenhäusern INZ eingerichtet werden.⁴¹ Sie bestehen aus⁴²

- der Notaufnahme des Krankenhauses,
- einer Praxis der KV zur notdienstlichen Akutversorgung gemäß § 75 Absatz 1b SGB V-RefE (Notdienstpraxis) in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme sowie
- einer zentralen Ersteinschätzungsstelle.

KV und Krankenhausträger sind zur Einrichtung des INZ verpflichtet, wenn der Krankenhausstandort als INZ-Standort festgelegt wurde. Sie müssen hierzu binnen neun Monaten nach Festlegung des INZ-Standorts eine **Kooperationsvereinbarung** schließen. Anderenfalls legt eine von KV und Krankenhausträger bestimmte Schiedsperson binnen drei Monaten den Inhalt fest.⁴³ Die Vereinbarung enthält u. a. Regelungen zur Ersteinschätzung, Organisation und personellen Besetzung der Ersteinschätzungsstelle einschließlich qualifikatorischer Anforderungen.⁴⁴ Die KV bindet die Notaufnahme in den Notdienst nach § 75 Absatz 1b Satz 11 SGB V-RefE ein. Fachliche Leitung und Verantwortung (auch datenschutzrechtlich) der Ersteinschätzungsstelle obliegen dem Krankenhaus.⁴⁵

Zur **Arzneimittelversorgung** durch die Notdienstpraxis haben KV und Krankenhausträger einen Vertrag mit einer öffentlichen Apotheke gemäß § 12b Absatz 1 Satz 1 Apothekengesetz zu schließen.⁴⁶

Die Notdienstpraxis muss mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, mittwochs und freitags von 14 bis 21 Uhr und an den übrigen Tagen von 18 bis 21 Uhr öffnen. Kürzere **Öffnungszeiten** sind ausnahmsweise möglich.⁴⁷ Die KV kann von der Einrichtung der Notdienstpraxis absehen, soweit die notdienstliche Akutversorgung durch einen Leistungserbringer in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhauses während der Mindestöffnungszeiten gesichert ist. Zudem können die Vertragspartner geeignete vertragsärztliche Leistungserbringer im Umfeld

⁴¹ Zudem können INZ speziell für Kinder- und Jugendliche eingerichtet werden, siehe § 123b SGB V-RefE.

⁴² § 123 Absatz 1 Satz 1 SGB V-RefE.

⁴³ § 123a Absatz 3 SGB V-RefE.

⁴⁴ § 123a Absatz 2 Sätze 1 bis 4 SGB V-RefE.

⁴⁵ Sofern in der Kooperationsvereinbarung nicht abweichend geregelt.

⁴⁶ § 123 Absatz 3 SGB V-RefE.

⁴⁷ Einzelheiten siehe § 123a Absatz 2 Sätze 5f. SGB V-RefE.

des Krankenhauses in die Kooperationsvereinbarung einbeziehen (**Kooperationspraxen**⁴⁸). Eine nahtlose digitale Fallübergabe zwischen INZ und Kooperationspraxis muss möglich sein.⁴⁹

Sofern Hilfesuchende selbstständig das INZ aufsuchen, entscheidet die Ersteinschätzungsstelle über die Behandlungsdringlichkeit sowie die geeignete Versorgungsebene innerhalb des INZ bzw. ggf. der Kooperationspraxen. Die Entscheidung trifft sie anhand einer **standardisierten digitalen Ersteinschätzung**. Hilfesuchende, die das INZ auf Vermittlung der Akutleitstelle aufsuchen, sind bei gleicher Behandlungsdringlichkeit vorrangig zu behandeln.

Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung des medizinischen Hilfebedarfs für Hilfesuchende, die selbstständig einen Krankenhausstandort aufsuchen, regelt der **G-BA** binnen sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes in einer Richtlinie (RL-Ersteinschätzung G-BA).⁵⁰ Sofern sich am Standort ein INZ befindet, entscheidet sich anhand der Ersteinschätzung die geeignete Versorgungsebene innerhalb des INZ. Falls es am Standort kein INZ gibt, entscheidet die Ersteinschätzung über die Weiterleitung an ein INZ oder die Weiterbehandlung am Krankenhausstandort. Die Richtlinie regelt Näheres zu diesen Verfahren.

Sofern Hilfesuchende selbstständig ein Krankenhaus ohne INZ aufsuchen, ist die Vergütung für erbrachte ambulante Behandlungsleistungen an Voraussetzungen geknüpft. Es muss eine Ersteinschätzung nach der RL-Ersteinschätzung G-BA durchgeführt worden und die Verweisung an ein INZ im Einzelfall unzumutbar sein.⁵¹

Außerdem regelt die G-BA-Richtlinie u. a. Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und Leistungserbringer im INZ sowie die Kooperationspraxen.

Die Fallweitergabe im INZ geschieht digital in einem interoperablen Dateiformat.

Die Standorte der Krankenhäuser, an denen INZ eingerichtet werden, legen die **erweiterten Landesausschüsse** nach § 90 Absatz 4a SGB V-RefE fest. Dabei haben sie Ziele und Erfordernisse der Raumordnung, Landesplanung und Krankenhausplanung des jeweiligen Landes zu beachten. Die erweiterten Landesausschüsse legen geeignete Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung durch INZ fest, ggf. auch über Ländergrenzen hinweg. In erweiterten Landesausschüssen werden die Landesausschüsse nach § 90 Absatz 1, Absatz 2 SGB V um Vertreterinnen und Vertreter der

⁴⁸ Zugelassene Vertragsärzte oder medizinische Versorgungszentren.

⁴⁹ § 123 Absatz 1 Satz 7 SGB V-RefE.

⁵⁰ § 123c Absatz 2 SGB V-RefE.

⁵¹ § 123c Absatz 1 SGB V-RefE.

Krankenhäuser erweitert.⁵² Vertretungen der Rettungsdienste werden angehört.⁵³ Die erweiterten Landesausschüsse müssen die Standorte binnen sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes festlegen.⁵⁴ Ist dies auch nach einer Nachfrist von höchstens sechs Wochen nicht erfolgreich, legen die zuständigen obersten Landesbehörden die Standorte fest.⁵⁵

Kriterien für die **Standortfestlegung** sollen insbesondere sein⁵⁶

- die Erreichbarkeit per Kraftfahrzeug binnen 30 Minuten für 95 % der zu versorgenden Menschen in der Planungsregion,
- die Zahl der zu versorgenden Menschen,
- die Erreichbarkeit des Standorts mit dem öffentlichen Personennahverkehr,
- das Bestehen einer KV-Notdienstpraxis in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme,
- die Kooperationsmöglichkeit nach § 123 Absatz 1 Satz 7 SGB V-RefE mit anderen vertragsärztlichen Leistungserbringern im Umfeld des Standorts.

Bei gleicher Eignung mehrerer Standorte sollen vorrangig Standorte festgelegt werden, die eine höhere Notfallstufe nach den Regelungen des G-BA zu Notfallstrukturen haben, notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten und bei denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können.⁵⁷

Binnen drei Monaten nach Verkündung des Gesetzes bestimmen zudem die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie der GKV-Spitzenverband in einer **Rahmenvereinbarung** Vorgaben zur Zusammenarbeit in INZ, insbesondere zu⁵⁸

- Grundsätzen der Organisation,
- Vernetzung und interoperablen, digitalen Fallübergabe im INZ sowie zwischen INZ und Kooperationspraxen,
- Voraussetzungen der Weiterleitung von Hilfesuchenden in eine Kooperationspraxis,
- Konsequenzen bei schweren, wiederholten Verstößen gegen die Kooperationsvereinbarung,
- Übernahme der Aufgaben der Notdienstpraxis durch ein hausärztliches medizinisches Versorgungszentrum oder eine Hausarztpraxis.

⁵² § 90 Absatz 4a SGB V-RefE. Der erweiterte Landesausschuss besteht damit insgesamt aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, neun Vertretern der Krankenkassen sowie neun Vertretern der Krankenhäuser. Der Ausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit, die Stimmen der Krankenkassen zählen doppelt.

⁵³ § 90 Absatz 4a Satz 7 SGB V-RefE.

⁵⁴ § 123a Absatz 1 Satz 1 SGB V-RefE.

⁵⁵ § 90 Absatz 4a Sätze 7, 8 SGB V-RefE.

⁵⁶ § 123a Absatz 1 Satz 5 SGB V-RefE.

⁵⁷ § 123a Absatz 1 Satz 6 SGB V-RefE.

⁵⁸ § 123a Absatz 4 SGB V-RefE.

Falls eine solche Vereinbarung nicht zustande kommt, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a Absatz 2 SGB V.⁵⁹

Der GKV-Spitzenverband hatte im Jahr 2023 simuliert, dass für eine flächendeckende Notfallversorgung in Deutschland ca. 730 INZ eingerichtet werden müssten.⁶⁰

5.2 Bewertung

Der BWV hält die Einrichtung von INZ grundsätzlich für sinnvoll. Die Steuerung von Hilfesuchenden in die für sie am besten passende Versorgungsebene mittels standardisierter Ersteinschätzungen kann Strukturen flächendeckend vor unpassender Inanspruchnahme schützen und die Akut- und Notfallversorgung professionalisieren.

Jedoch gibt der BWV zu bedenken, dass die Einrichtung von INZ mit einem sehr **hohen initialen bürokratischen Aufwand** einher geht. Etliche noch zu schaffende untergesetzliche Regelungen, viele beteiligte Institutionen von der regionalen bis zur Bundesebene und knappe Fristen schaffen für die Realisierung große Herausforderungen:

- Pflichten bei der Einführung von INZ treffen die regionalen KVen und Krankenhausräger, Länder, Apotheken, ggf. einzelne vertragsärztliche Praxen, den G-BA, die (erweiterten) Landesausschüsse mitsamt der in ihnen vertretenen Organisationen von Leistungserbringer- und Krankenkassenseite, die KBV, die DKG, den GKV-Spitzenverband sowie Träger von Rettungsdiensten. Gremien wie die erweiterten Landesausschüsse müssen zudem erst noch aufgebaut werden.
- Binnen drei Monaten nach Gesetzesverkündung muss die Rahmenvereinbarung von KBV, DKG und GKV-Spitzenverband zu INZ vorliegen, ggf. muss ein Schiedsverfahren stattfinden. Binnen sechs Monaten müssen die INZ-Standorte festgelegt sein, in gleicher Frist muss der G-BA Vorgaben zur Ersteinschätzung sowie zur Ausstattung und Organisation von INZ gemacht haben. Binnen neun Monaten nach Standortfestlegung müssen die Kooperationsvereinbarungen von KVen und Krankenhausrägern zu möglicherweise rund 700 INZ vorliegen, auch hier finden ggf. Schiedsverfahren statt.

Die **Fristen** sind eng bemessen. So beeinflusst die Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit in den INZ maßgeblich die Festlegung von INZ-Standorten sowie die RL-Ersteinschätzung G-BA für die INZ und Krankenhäuser, die drei Monate nach der Rahmenvereinbarung vorliegen sollen. Neun Monate darauf sollen die von den Beschlüssen zu den INZ-Standorten und der RL-Ersteinschätzung G-BA betroffenen KVen und

⁵⁹ Das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a Absatz 2 SGB V wird gebildet von KBV, DKG und GKV-Spitzenverband. Es besteht aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied, § 89a Absatz 5 SGB V.

⁶⁰ GKV-Spitzenverband, Bedarfsgerechte Planung und Ausstattung von Integrierten Notfallzentren, August 2023, S. 13. Die zugrunde gelegten Rahmenbedingungen waren mit denen des RefE vergleichbar. Ähnliche Zahlen nannte ein Gesetzentwurf der damaligen Bundesregierung zur Reform der Notfallversorgung vom 2. Oktober 2024, siehe Bundestagsdrucksache 20/13166, S. 30 ff., der von ca. 700 notwendig zu schließenden Kooperationsvereinbarungen ausging.

Krankenhausträger Kooperationsvereinbarungen geschlossen haben, die alle Aspekte des Betriebs des jeweiligen INZ umfassen. Der BWV hält diese Fristen für die damit verbundenen Prozesse und Entscheidungen, die sich gegenseitig bedingen, für nicht ausreichend aufeinander abgestimmt. Da die Reform maßgeblich in ein – im Wortsinn – lebensnotwendiges System eingreift und nicht scheitern darf, sollten alle Beteiligten einen ausreichenden (zeitlichen) Rahmen erhalten, um erforderliche Prozesse einleiten und Entscheidungen treffen zu können.

Die **Standortwahl** sollte konkreten, objektiven und bundeseinheitlichen Kriterien folgen. Das ist nach dem Gesetzentwurf nicht sichergestellt. Zudem fließen Aspekte der Wirtschaftlichkeit nicht genügend in die Entscheidungsfindung ein. So wäre es nach Einschätzung des BWV geboten, Standorte mit bereits bestehender Notdienstpraxis in unmittelbarer Nähe zur Notaufnahme zu bevorzugen, um bestehende Strukturen zu nutzen anstatt neue aufzubauen. Auch sollten Kriterien gefunden werden, um nicht unnötig viele INZ aufzubauen. Denkbar wären z. B. Vorgaben zur Mindesteinwohnerzahl in der Planungsregion oder zu jährlichen Mindestpatientenkontakten des INZ. Dies dürfte zudem die Behandlungsqualität sichern bzw. erhöhen.⁶¹

Aus Sicht des BWV werden bei der Wahl von INZ-Standorten die **Interessen der Länder** ausreichend gewahrt, wenn der erweiterte Landesausschuss – wie im Gesetzentwurf vorgesehen – deren Raumordnung, Landesplanung und Krankenhausplanung beachtet. Der BWV hält es in diesem Zusammenhang für nicht sinnvoll, den Ländern die Standortwahl zu überlassen, wenn im erweiterten Landesausschuss eine Einigung scheitert. Es wäre ein systemischer Bruch, in diesem Fall die Entscheidungszuständigkeit von der Ebene der Selbstverwaltung auf die Ebene der Länder zu verlagern. Der BWV hält ein Schiedsverfahren auf Selbstverwaltungsebene für zweckmäßig. Dies verringert auch die Gefahr, unwirtschaftliche Krankenhausstandorte durch Ansiedlung von INZ zu erhalten.

Der BWV begrüßt es grundsätzlich, dass erweiterte Landesausschüsse Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung mit INZ auch **länderübergreifend** festlegen können. Fraglich bleibt allerdings auch hier die praktische Umsetzung, da die erweiterten Landesausschüsse keine Regelungen für Gebiete anderer Länder treffen können. Der BWV regt im Interesse einer effizienten Akut- und Notfallversorgung an, Länder deutlich umfassender zur Kooperation über Landesgrenzen hinweg anzuhalten. Nach der Fassung des Gesetzentwurfs begünstigen die unklaren, lediglich freiwillig über Ländergrenzen hinausgehenden Vorgaben unterschiedliche Maßstäbe für die Einrichtung von INZ in verschiedenen Planungsregionen.

Die **Rahmenvereinbarung von KBV, DKG und GKV-Spitzenverband** sollte detailliertere Vorgaben machen als bislang geplant. Ziel der Notfallreform ist eine bundesweit

⁶¹ Routine steigert meist die Qualität erbrachter Leistungen. Diese Erkenntnis ist z. B. Grundlage der Mindestmengenregelung des G-BA nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.

möglichst einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung. INZ sind ein elementarer Bestandteil der neuen Strukturen. Regelungsinhalte auf regionaler Ebene sollten daher im Wesentlichen regionale Aspekte sein. Die Rahmenvereinbarung sollte etwa Vorgaben zur Organisation und personellen Besetzung von INZ, zu sächlichen und personellen Anforderungen an die medizinische Leistungserbringung, zur Qualitätssicherung, zu Datenschnittstellen sowie zu Dokumentations- und Nachweispflichten enthalten.

Für problematisch hält der BWV die **unterschiedlichen Ersteinschätzungsverfahren für Akutleitstellen und INZ**. Richtlinien für Akutleitstellen erlässt die KBV und für INZ der G-BA. Der Gesetzentwurf sieht keine Harmonisierung dieser beiden Ersteinschätzungssysteme vor. Dies wäre jedoch erforderlich. Beide Formen der Ersteinschätzung regeln weitgehend gleiche Sachverhalte: den Umgang mit akut Hilfesuchenden in der ambulanten Versorgung und deren Steuerung in die richtige Versorgungsebene.

Der BWV sieht die Gefahr, dass die vom Gesetzentwurf in Kauf genommenen regional unterschiedlichen Standards für Organisation, Standortfindung, Anzahl und Struktur der INZ zu einem regionalen, nicht aufeinander abgestimmten „**Flickenteppich**“ von Lösungen führen könnte. Dies sollte aber mit der Notfallreform gerade verhindert werden.

Auch in diesem Zusammenhang weist der BWV auf die anspruchsvollen Inhalte der **Digitalisierung** der Akut- und Notfallversorgung hin. Er hält die Digitalisierung für unabdingbar notwendig, mit ihrem Gelingen stehen und fallen wesentliche Aspekte der Reform. Eine digitale Vermittlung an das INZ, die standardisierte digitale Ersteinschätzung im INZ, die digitale Vernetzung innerhalb des INZ sowie ggf. mit Kooperationspraxen und die digitale Fallweitergabe in einem interoperablen Format sind jedoch anspruchsvolle Ziele, die erheblicher technischer Anstrengungen sowie entsprechender Schulung von Beschäftigten in INZ, KVen, Kooperationspraxen usw. bedürfen. Verzögerungen an einer Stelle können kaskadenartig zu Problemen auch an anderen Stellen des Hilfeleistungsprozesses führen. Diese Problematik sieht der BWV im Gesetzentwurf nicht ausreichend abgebildet.

Der BWV begrüßt es insbesondere, dass Hilfesuchende künftig nicht mehr selbst über die **Versorgungsebene entscheiden** können und Vorrang genießen, wenn sie vor Aufsuchen eines INZ die Akutleitstelle kontaktiert haben. Allerdings verhindert das nicht, dass Hilfesuchende mit einem selbst als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen ein INZ ohne vorherigen Kontakt mit der Akutleitstelle aufsuchen. Dies kann wie bisher dazu führen, dass Strukturen der Notfallversorgung – hier die INZ – mit „Bagatellfällen“ überlastet werden. Der Gesetzentwurf regelt nicht, wie die INZ von solchen Fällen entlastet werden können. Der BWV regt an zu prüfen, inwieweit Versicherte **Zu zahlungen** leisten sollten, wenn sie ohne vorherigen Leitstellenkontakt ein INZ oder ein Krankenhaus ohne INZ aufsuchen.

6 Leistungserbringer in der medizinischen Notfallrettung sowie bei Krankentransporten und -fahrten (§§ 133 ff. SGB V-RefE)

6.1 Geplante Neuregelung

Leistungen der medizinischen Notfallrettung gemäß § 30 SGB V-RefE führen ausschließlich Leistungserbringer aus, die nach Landesrecht dafür vorgesehen oder damit beauftragt sind.⁶²

Die Vergütung dieser Leistungen soll künftig anders geregelt werden als bisher. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den einzelnen Ländern⁶³ **Verträge über die Vergütung der Leistungen** nach § 30 SGB V-RefE. Vor Vertragsschluss müssen der Krankenkassenseite die der Kalkulation zugrunde liegenden Daten elektronisch, vollständig und nachprüfbar vorliegen. Es dürfen Kosten nicht berücksichtigt werden, „die durch eine über den jederzeitigen Leistungsanspruch nach § 30 SGB V-RefE einhergehende öffentliche Aufgabe bedingt sind“.⁶⁴

Kommt ein Vertrag nicht zustande, entscheidet eine nach Landesrecht errichtete **Schiedseinrichtung** über den Vertragsinhalt. Die Wahl der Schiedseinrichtung und die Ausgestaltung des Verfahrens obliegt den Ländern, sie können z. B. auch bestehende Schiedseinrichtungen nutzen oder weiterentwickeln.⁶⁵

Für Krankentransporte und Krankenfahrten nach § 60 SGB V-RefE gelten die vorgenannten Regelungen entsprechend.⁶⁶

In den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes können Leistungen der Notfallrettung sowie von Krankentransporten und -fahrten **übergangsweise** nach dem „alten“ System des § 133 SGB V abgerechnet werden. Bis dahin müssen die Vergütungsverträge vorliegen.⁶⁷

⁶² § 133 Absatz 1 SGB V-RefE.

⁶³ Bzw. mit den von diesen nach Landesrecht vorgesehenen Trägern oder beauftragten Einrichtungen und Unternehmen.

⁶⁴ Formulierung des § 133 Absatz 2 SGB V-RefE. Aus Sicht des BWV dürften damit Kosten gemeint sein, die durch eine über den jederzeitigen Leistungsanspruch nach § 30 SGB V **hinausgehende** öffentliche Aufgabe bedingt sind.

⁶⁵ RefE S. 79.

⁶⁶ § 133 Absatz 5 Satz 1 SGB V-RefE. Zur Unterscheidung Krankentransport und Krankenfahrt siehe § 60 Absatz 3, Absatz 4 SGB V-RefE. Für Krankenfahrten gilt § 133 Absatz 1 SGB V-RefE nicht.

⁶⁷ § 133 Absatz 6 SGB V-RefE mit Begründung RefE S. 79.

Bei den Vergütungsverträgen sind **Rahmenempfehlungen** zu berücksichtigen, die ein vom GKV-Spitzenverband zu bildendes Gremium für die Leistungen nach § 30 SGB V-RefE beschließt und ständig fortentwickelt.⁶⁸ Sie sollen regionale Besonderheiten angemessen berücksichtigen. In das Gremium können neben Vertreterinnen und Vertretern des GKV-Spitzenverbandes auch die Länder jeweils eine Vertretung entsenden. Beide Seiten benennen zudem weitere Vertreterinnen und Vertreter der Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 SGB V-RefE sowie von Fachgesellschaften und -verbänden. Auch das BMG entsendet eine Vertretung.

Gegenstand der Rahmenempfehlungen ist insbesondere die Digitalisierung der Notfallrettung (softwaregestützte Abfragesysteme, vernetzte Einsatzleitsysteme, Telemedizin, digitale Lösungen zur Patientensteuerung, digitale Ersthelferalarmierungssysteme) sowie das Qualitätsmanagement.⁶⁹ Die Rahmenempfehlungen sollen Indizwirkung für eine qualitative und zugleich wirtschaftliche Leistung entfalten.⁷⁰

6.2 Bewertung

Mit der Notfallreform soll das bisherige Gebührenmodell auf das Vertragsmodell umgestellt werden.

Der BWV bezweifelt, dass die vorgesehenen Regelungen die Ausgabenprobleme der GKV für den Rettungsdienst lösen können.⁷¹ Zwar können die Krankenkassen künftig ihre Zahlungspflichten stärker beeinflussen, da sie Vergütungsverträge schließen und für die Kalkulation vollständige Informationen erhalten müssen. Allerdings fehlt es nach wie vor an **konkreten Vorgaben**, welche Kostenbestandteile von Krankenkassen zu tragen und deshalb in die Vergütungskalkulation einzubeziehen sind. Insbesondere sollten Krankenkassen nicht für unwirtschaftliche Strukturen der Rettungsdienste in den Ländern zahlen müssen, etwa im Hinblick auf die Anzahl der Leitstellen.⁷² Weitere Diskussionen hierzu sind aus Sicht des BWV absehbar. Zudem bleibt ein bundesweiter „Flickenteppich“ an unterschiedlichen Vergütungsregelungen mit sehr unterschiedlichen Entgelten der Krankenkassen insbesondere für Rettungsfahrten zu befürchten.

Der BWV empfiehlt, **bundeseinheitliche und verbindliche Regelungen** vorzusehen, welche Kosten in welchem Umfang Bestandteil der Vergütungskalkulation für die medizinische Notfallrettung sein können. Dies könnte z. B. Bestandteil der Rahmenempfehlungen nach § 133b SGB V-RefE oder einer Rechtsverordnung des BMG sein.

⁶⁸ §§ 133 Absatz 2 Satz 4, 133b SGB V-RefE.

⁶⁹ Im Einzelnen § 133b Absatz 3 SGB V-RefE.

⁷⁰ Gesetzesbegründung unter RefE S. 78.

⁷¹ Siehe hierzu Textnummern 2.1, 2.2.

⁷² Siehe Textnummer 2.2.

7 Gesundheitsleitsystem (§ 133a SGB V-RefE)

7.1 Geplante Neuregelung

In einem **Gesundheitsleitsystem** sollen künftig die Akutleitstelle der jeweiligen KV (Rufnummer 116 117) mit der Rettungsleitstelle (Rufnummer 112) vernetzt werden können. Die zuständige KV ist verpflichtet, auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle eine entsprechende Kooperationsvereinbarung abzuschließen. Dafür muss die Rettungsleitstelle über eine standardisierte digitale Notrufabfrage verfügen. Die Leitstellen arbeiten sodann durch Einrichtung und Betrieb einer digitalen Vernetzung zusammen. So sind die Abfragesysteme (Notrufabfrage der Rettungsleitstelle und Ersteinschätzung der KVen) so aufeinander abzustimmen, dass sie den Gesundheitszustand eines Hilfesuchenden einheitlich bewerten.⁷³ Die KBV berichtet dem BMG jährlich über die Kooperationsvereinbarungen und die Ergebnisse des vorgeschriebenen Qualitätsmanagements.⁷⁴

7.2 Bewertung

Die **digital vernetzte Zusammenarbeit** von Akut- und Rettungsleitstellen hält der BWV für ein zentrales Element zur Patientensteuerung im Akut- und Notfallsystem. Aus Sicht der Hilfesuchenden wie auch des Akut- und Notfallsystems ist es unerheblich, ob sie die 116 117 – Akutleitstelle der KV – oder die 112 – Rettungsleitstelle – kontaktieren. Wichtig ist die schnelle, wirtschaftliche und bedarfsgerechte Steuerung in die am besten geeignete Versorgungsebene. Nur so lassen sich die im Gesetzentwurf bezifferten Einsparungen von bis zu 705 Mio. Euro jährlich⁷⁵ realisieren.

Sinnvoll wäre es deshalb, dass Gesundheitsleitsysteme zum **faktischen Standard** der Akut- und Notfallversorgung werden. Nach aktueller Planung hat die Rettungsleitstelle durch das Antragsrecht auf Abschluss einer Kooperationsvereinbarung die Handlungshoheit. Das BMG sollte prüfen, inwieweit stärker auf die Bildung solcher Kooperationen hingewirkt werden kann. Zwar wird die Organisation des Rettungsdienstes nach der **föderalen Ordnung** – als Maßnahme der Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr – grundsätzlich den Ländern überantwortet.⁷⁶ Unbeschadet dessen wäre es sachgerecht, wenn auch KVen die Möglichkeit hätten, ihrerseits auf Rettungsleitstellen mit dem

⁷³ § 133a Absatz 1, Absatz 2 SGB V-RefE.

⁷⁴ § 133a Absatz 5 SGB V-RefE.

⁷⁵ RefE S. 4.

⁷⁶ Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Zur Reichweite der Gesetzgebungskompetenz des Bundes bei einer Verankerung der Notfallversorgung im SGB V, Stand: 10. April 2024, WD 9 - 3000 - 093/23, S. 11ff.

Antrag auf Abschluss einer Kooperationsvereinbarung zuzugehen. Das BMG sollte prüfen, ob auch insofern eine Pflicht zum Vertragsschluss grundsätzlich zulässig wäre.⁷⁷

8 Finanzierung aus dem Sondervermögen (§ 133f SGB V-RefE)

8.1 Geplante Neuregelung

Investitionen in die digitale Infrastruktur sollen in den Jahren 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität finanziert werden. Dazu gehören

- das Notfallmanagement nach § 30 Absatz 3 SGB V-RefE einschließlich der standardisierten digitalen Abfrage,
- die Einrichtung von Gesundheitsleitsystemen nach § 133a SGB V-RefE,
- die Einrichtung der digitalen Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung nach § 133c Absätze 1 bis 4 SGB V-RefE.

Der Gesetzentwurf rechnet für den genannten Zeitraum mit Ausgaben von 225 Mio. Euro.⁷⁸

Die Förderung soll der GKV-Spitzenverband abwickeln. Das Fördervolumen entspricht den im jeweiligen Wirtschaftsplan des Sondervermögens genannten Beträgen. Jedes Land kann höchstens Fördermittel in Höhe seines Anteils abrufen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2019 ergibt.⁷⁹ Der GKV-Spitzenverband erlässt im Benehmen mit den Ländern bis zum 30. Juni 2027 eine Richtlinie, die Näheres zum Verfahren regelt. Zudem ist die zweckentsprechende Mittelverwendung gegenüber dem GKV-Spitzenverband nachzuweisen. Sofern die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden oder die Fördervoraussetzungen nachträglich nicht mehr gegeben sind, ist der GKV-Spitzenverband befugt, ausgezahlte Mittel zurückzufordern. Der GKV-Spitzenverband berichtet dem BMG jährlich über die Mittelverwendung.⁸⁰

⁷⁷ Für eine umfassendere Kompetenz des Bundes bereits nach der derzeitigen verfassungsrechtlichen Ordnung siehe Di Fabio, Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Neuordnung der deutschen Notfallrettung, Juni 2024, S. 31 ff.

⁷⁸ RefE S. 4.

⁷⁹ Der Königsteiner Schlüssel ist ein Mechanismus zur Bestimmung von Finanzierungsanteilen, der bei Mittelverteilungen an die Länder sowie bei gemeinsamen Finanzierungen durch die Länder verwendet wird. Er gewichtet die Einwohnerzahl eines Landes mit einem Drittel und sein Steueraufkommen mit zwei Dritteln. Vgl. auch Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, WD 4 - 3000 - 118/20, S. 20.

⁸⁰ § 133f Absatz 2, Absatz 3 SGB V-RefE.

8.2 Bewertung

Bei den Fördermitteln handelt es sich um Bundesmittel aus dem Sondervermögen gemäß Artikel 143h Absatz 1 Grundgesetz. Die geförderten Investitionen betreffen Rettungsleitstellen sowie ihre Kooperationen und damit Bereiche, für deren Finanzierung die Länder (zumindest auch) zuständig sind. Das Gesetz muss sicherstellen, dass diese Fördermittel nur **zusätzlich** zu Investitionen der Länder ausgereicht werden. Eine Förderung aus Bundesmitteln darf nur in Fällen erfolgen, in denen eine auskömmliche, möglichst nach einheitlichen verbindlichen Kriterien bemessene Investitionsfinanzierung durch die Länder gewährleistet ist.

Es ist nicht sachgerecht, die Förderung ausschließlich vom GKV-Spitzenverband abwickeln zu lassen. Da es sich um Bundesmittel handelt, müssen dem Bund Gestaltungs- bzw. Entscheidungsrechte zuwachsen. Das völlige Auseinanderfallen von Finanzierungs- und Ausführungszuständigkeit beeinträchtigt die haushalterischen Interessen des Bundes unangemessen. Zudem erscheint die Verteilung der Fördermittel nach dem **Königsteiner Schlüssel** nicht sachgerecht. Mit diesem Verteilmechanismus erhielten Länder mit hoher Einwohnerzahl und hohem Steueraufkommen höhere Mittel. Zumindest das Steueraufkommen gibt jedoch keinen Aufschluss über den Digitalisierungsbedarf in der Akut- und Notfallversorgung. Der BWV empfiehlt, spezifischere Indikatoren bei der Mittelverteilung zu berücksichtigen. Der Königsteiner Schlüssel stellt dies nicht ausreichend sicher. Vielmehr könnten finanzstarke Länder den Umbau ihrer Rettungsdienststrukturen leichter aus eigenen Mitteln finanzieren als finanzschwache.

Nicht zuletzt erhält der **GKV-Spitzenverband** als „Herr“ des Förderverfahrens weitere Aufgaben. Diese treten zu seinen anderen neuen Aufgaben im Zuge der Notfallreform hinzu und umfassen Rechtsetzungs-, Kontroll- und Berichtspflichten. Der Gesetzentwurf setzt sich nicht damit auseinander, inwieweit der GKV-Spitzenverband dies neben seinen anderen Aufgaben zeitnah und verwaltungsökonomisch umsetzen kann.

Für völlig unzureichend hält der BWV die Regelung, dass der GKV-Spitzenverband zur Rückforderung ausgezahlter Beträge lediglich befugt sein soll. Er muss dazu verpflichtet werden, wenn die Bundesmittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden oder Fördervoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Eine umfassende **Verwendungsnachweisprüfung** ist vorzusehen. Das gebieten die haushalterischen Interessen des Bundes.

9 Abschließende Würdigung

Der BWV hält eine umfassende Notfallreform für dringend geboten. Die mit dem Gesetzentwurf geplanten Strukturreformen zeigen viele gute Ansätze, um die Notfallversorgung in qualitativer Hinsicht zu verbessern und zugleich effizienter zu machen. Allerdings weisen die Regelungen zum Teil deutliche Schwächen auf, die im weiteren Gesetzgebungsverfahren behoben werden sollten:

- Verbindliche standardisierte Ersteinschätzungen sollen künftig dazu beitragen, Hilfesuchende effizient in die für sie am besten geeignete Versorgungsebene (Rettungsdienst, INZ mit Notdienstpraxis und Notaufnahme, telemedizinische Angebote, aufsuchender Dienst, reguläre vertragsärztliche Versorgung) zu steuern. Diese Systeme – die Notrufabfrage der Rettungsleitstellen, die Ersteinschätzungen der Akutleitstellen und INZ – sollten weitgehend aufeinander abgestimmt sein. Stattdessen sind für alle genannten Bereiche unterschiedliche Normgeber ohne notwendige Abstimmung vorgesehen.
- Die geplanten neuen Strukturen führen zu einem Personalmehrbedarf, insbesondere in der rund um die Uhr anzubietenden KV-Akutfallversorgung und den INZ. Dabei leidet das Gesundheitswesen seit Jahren unter einem massiven Fachkräftemangel. Der Gesetzentwurf lässt nicht erkennen, wie dieser Mehrbedarf gedeckt werden soll.
- Die Notfallreform setzt sehr deutlich auf digitale Prozesse mit einheitlichen Schnittstellen zur Fallweitergabe und gemeinsamen Fallbearbeitung. Die Implementierung ist mit erheblichem technischen Umsetzungsaufwand (Hard- und Software) sowie Schulungsaufwand für Beschäftigte in den Strukturen der Notfallversorgung verbunden. Zudem neigen größere IT-Projekte erfahrungsgemäß zu hoher Komplexität, Fehleranfälligkeit und daraus resultierenden Verzögerungen. Der Gesetzentwurf berücksichtigt diese Umsetzungsrisiken aus Sicht des BWV nicht angemessen.
- Die Notfallreform bringt einen hohen initialen bürokratischen Aufwand mit sich. Sie bindet eine Vielzahl von Institutionen in der staatlichen sowie der Selbstverwaltung ein. Beispielsweise sollen Bund, Länder, GKV-Spitzenverband, KBV, DKG, G-BA, Krankenkassen und ihre Landesverbände, Träger von Rettungsdiensten und ihre Organisationen bis hin zu einzelnen vertragsärztlichen Leistungserbringern, Krankenhäusern und Apotheken einschließlich diverser Schiedsgremien verpflichtet werden, Regelungen zu erlassen oder Vereinbarungen abzuschließen. Hierfür bestimmt der Gesetzentwurf eine Vielzahl von Fristen, die zum Teil eng bemessen und nicht ausreichend aufeinander abgestimmt sind. Dies erhöht die Gefahr, dass die Reform nur verzögert umgesetzt werden kann oder womöglich scheitert. Das muss angesichts der bestehenden Probleme der Akut- und Notfallversorgung vermieden werden.
- Aspekte der Wirtschaftlichkeit werden zum Teil nicht ausreichend beachtet. Dies gilt z. B. bei der Standortwahl von INZ oder in Hinblick auf die aus Sicht des BWV unzureichenden Vorgaben für die Vergütungsverträge von Krankenkassen zu

Rettungsdienstleistungen. Auch sollten Gesundheitsleitsysteme mit ihrer Vernetzung von Akut- und Rettungsleitstellen möglichst zum Standard in der Notfallsteuerung werden und nicht nur eine „freiwillige Zugabe“.

- Der Gesetzentwurf plant unangemessene finanzielle Entlastungen der Länder in ihren eigenen Zuständigkeitsbereichen zu Lasten des Bundes. Ferner würde der Bund zwar neue Strukturen finanzieren, hätte aber kein Mitsprache- bzw. Gestaltungsrecht bei der Mittelverwendung. Ein solches Auseinanderfallen von Finanzierungs- und Ausführungskompetenz hat sich in der Vergangenheit als unzureichend erwiesen. Zudem widerspricht die geplante Kontrolle der Mittelverwendung haushaltsrechtlichen Anforderungen.

Der BWV empfiehlt abschließend, die Notfallreform mit umfassender Öffentlichkeitsarbeit zu begleiten. Die neuen Strukturen und Prozesse können nur zum gewünschten Ziel führen, wenn sie in der Öffentlichkeit bekannt sind und auf breite Akzeptanz stoßen. In diesem Zusammenhang erinnert der BWV daran, dass etwa im Jahr 2024 immer noch die Hälfte der Versicherten die im Jahr 2016 eingeführten Terminservicestellen der KVen nicht kannte.⁸¹

Im Auftrag

Sievers

Beglaubigt: Trimborn, Amtsinspektorin

Wegen elektronischer Bearbeitung ohne Unterschrift und Dienstsiegelabdruck.

⁸¹ Pascal Kaiser: Licht und Schatten: So sehen Versicherte das deutsche Gesundheitswesen, Repräsentative Versichertenbefragung 2024 des GKV-Spitzenverbandes, in: GKV-90Prozent Ausgabe 40, S. 8.