



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Gesetzentwurf

der Abgeordneten Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Armin Grau, Simone Fischer, Linda Heitmann, Johannes Wagner, Leon Eckert, Misbah Khan, Dr. Paula Piechotta und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG)

(Bundestagsdrucksache 21/2214 vom 14.10.2025)

Berlin, 23.02.2026

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Bewertung des Gesetzesentwurfs.....	3
Allgemeine Bewertung.....	3
Bewertung einzelner Punkte.....	4
Zu Nummer 2. Umfang der „Medizinischen Notfallrettung“ (§ 30 SGB V Abs. 2 und Absatz 6)	4
Zu Nummer 6b. Notdienstliche Akutversorgung (§ 75 Abs. 1b SGB V):	4
Zu Nummer 18. Mindestanforderungen an die Qualifikation des in den Integrierten Notfallzentren eingesetzten Personals (§ 123 Absatz 3 Nummer 5 SGB V neu)	5
Zu Nummer 18. Einbezug psychiatrischer und psychosomatischer Expertise in den Integrierten Notfallzentren (§ 123 Abs. 5 SGB V neu)	7
Zu Nummer 18. Sanktionslogik bei ambulanter Versorgung in Notaufnahmen von Krankenhäusern ohne INZ (§ 123 Absatz 8 SGB V neu)	8
Zu Nummer 22. Echtzeit-Nachweis (§ 136b Abs. 9 (neu) SGB V).....	9
Zu Nummer 23. Ergänzung Notfallstufen-RL des G-BA (§ 136c Abs. 4 Satz 3 SGB V)	9
Weitere Gesichtspunkte	10

Bewertung des Gesetzesentwurfs

Allgemeine Bewertung

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist eine grundlegende Neuordnung der bestehenden Strukturen in der Akut- und Notfallversorgung dringend erforderlich. Das derzeitige System ist durch eine zunehmende Inanspruchnahme, unklare Zuständigkeiten sowie eine strukturelle Überlastung der Notaufnahmen geprägt. Dies führt nicht nur zu erheblichen Belastungen für Patientinnen und Patienten sowie für das medizinische Personal, sondern beeinträchtigt auch die Versorgungsqualität und Patientensicherheit.

Da der vorliegende Gesetzesentwurf von Bündnis 90/Die Grünen sich ebenso wie der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nah an dem bereits im Jahr 2024 vorgelegten Gesetzesentwurf der damaligen Bundesregierung orientiert, verweisen wir auf die vorliegenden umfangreichen Stellungnahmen der Bundesärztekammer, so zum Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG) (BT-Drs. 20/13166) vom 30.10.2024

(https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Stellungnahmen/Stellungnahme_BAEK_Reform_der_Notfallversorgung_Notfallgesetz_30.10.2024.pdf) und zum Referentenentwurf des BMG vom 04.12.2025

(https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Stellungnahmen/Notfallreform_RefE_SN_BAEK_04122025_final.pdf).

Die Bundesärztekammer hat sich zudem in Werkstattgesprächen im Austausch mit Expertinnen und Experten intensiv mit der Ausgestaltung der Akut- und Notfallreform befasst und hat dazu ein Konzeptpapier sowie Positionierungen zu den Stellungnahmen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vorgelegt, auf die wir ebenfalls verweisen

(<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/notfallversorgung>).

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 hat in einem grundlegenden Beschluss zur Gesundheitsversorgung der Zukunft Eckpunkte für eine Reform der Notfallversorgung benannt (Drucksache II-01).

Gemessen an diesen Vorschlägen enthalten sowohl der Referentenentwurf des BMG als auch der hier vorliegende Gesetzentwurf viele Ansätze, die die Bundesärztekammer teilt. Im Detail gibt es jedoch auch Regelungsvorhaben, die die Bundesärztekammer kritisch sieht.

Erfreulich ist, dass mit beiden Entwürfen keine völlig neuen Strukturen geschaffen werden, sondern größtenteils auf die bestehenden Strukturen der Leitstellen und der Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern aufgesetzt wird.

Durch Vernetzung und Koordination können klarere Pfade für die Patientinnen und Patienten und eine sachgerechtere Steuerung der Versorgung erreicht werden. Mit den Akutleitstellen und deren Verzahnung mit den Rettungsleitstellen wird ein aus Sicht der Bundesärztekammer wesentlicher Baustein für eine Versorgungssteuerung gesetzt, der perspektivisch den Zugang in die Akut- und Notfallversorgung als „Single point of contact“ ermöglicht.

Bewertung einzelner Punkte

Explizit möchten wir zu einigen Punkten des vorliegenden Gesetzentwurfes Stellung beziehen:

Zu Nummer 2. Umfang der „Medizinischen Notfallrettung“ (§ 30 SGB V Abs. 2 und Absatz 6)

Versicherte sollen im Rahmen der medizinischen Notfallrettung (neben Notfallmanagement, Notfallversorgung und Notfalltransport) Anspruch auf eine „Spezielle ambulante Notfallversorgung“ bekommen (u. a. notfallpflegerische Leistungen, notfallpalliative Versorgung, psychische Notfallhilfen, vorbeugender Rettungsdienst, fachgerechte Versorgung außerklinischer geburtshilflicher Notfälle, Gemeindenotfallsanitäter). Die Erbringer der Leistungen des Notfallmanagements sollen die Vermittlung dieser Leistungen in geeigneter Weise sicherstellen müssen.

Bewertung der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die Einbindung komplementärer Strukturen in die Gesundheitsleitsysteme und hat dies auch wiederholt eingefordert. Die Einbindung, Finanzierung und Zugriffsmöglichkeiten von Versorgungsangeboten wie Notfallpflege, Kurzzeitpflege, Palliativversorgung, sozialpsychiatrischen Diensten und Sozialdiensten in den Rettungsdienst sowie auch in den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und die Notaufnahmen können deutlich zur Entlastung dieser Strukturen beitragen.

Dies als eigene Säule der Medizinischen Notfallrettung zu verankern, ist aus Sicht der Bundesärztekammer jedoch nicht sachgerecht. Bei den genannten komplementären Strukturen handelt es sich weder durchgängig um originär medizinische Leistungsanbieter noch um Angebote, die regelhaft und flächendeckend in gleicher Qualität und Verfügbarkeit vorgehalten werden können.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist die im Referentenentwurf des BMG gewählte Formulierung, wonach komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen oder krisenhafte Situationen vermittelt werden sollen, soweit diese verfügbar sind, ausreichend.

Die Bundesärztekammer weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Ansatz, für die Lösung struktureller Probleme neue Berufsbilder wie den Gemeindenotfallsanitäter zu fordern, nicht zielführend ist. Denn auch in den Berufen, aus denen sich diese neuen Berufsbilder entwickeln sollen, herrscht Fachkräftemangel. Zielführender sind deswegen Maßnahmen, die alle Berufe im Gesundheitswesen, gerade im Bereich bürokratischer Anforderungen, entlasten. Die Einbindung von Dolmetscherdiensten in den wichtigsten Sprachen und Gebärdensprache – gegebenenfalls mithilfe von KI-Anwendungen – ist aus Sicht der Bundesärztekammer ausdrücklich zu begrüßen.

Zu Nummer 6b. Notdienstliche Akutversorgung (§ 75 Abs. 1b SGB V):

Die „Notdienstliche Akutversorgung“ soll ausweislich der Begründung des vorliegenden Gesetzentwurfes alle Maßnahmen des medizinischen Behandlungsbedarfs und je nach medizinischem Erfordernis auch die

fallabschließende Behandlung oder Weiterleitung in eine weiterführende ambulante Behandlung, die Feststellung einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung kurzfristig benötigter Arzneimittel, Krankenfahrten, Krankentransporte und Apotheken-Botendienste umfassen.

Bewertung der Bundesärztekammer:

Vorwegzunehmen ist, dass die Bundesärztekammer das im Referentenentwurf des BMG vorgesehene ausdrückliche Verbot kritisch bewertet, im Rahmen der notdienstlichen Versorgung über die reine Abklärung der Dringlichkeit und eine kurzfristige Überbrückungsbehandlung hinausgehende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen zu erbringen und abzurechnen. Eine Abgrenzung des in der jeweiligen Situation Erforderlichen kann nur unter Kenntnis der genauen medizinischen Hintergründe und des individuellen Settings erfolgen. Es besteht das Risiko, dass hierdurch Regressfragen provoziert werden, die für die im Notdienst tätigen Ärztinnen und Ärzte zu Rechtsunsicherheiten führen und ggf. einen hohen bürokratischen Aufwand auslösen.

Gleichwohl sieht die Bundesärztekammer es weder als zielführend noch als realistisch an, wenn die notdienstliche Akutversorgung sämtliche oben genannten medizinischen Maßnahmen umfasst. Eine zu jeder Tages- und Nachtzeit umfassende Versorgung auf dem gleichen hohen Niveau würde einen deutlich gesteigerten Personalbedarf auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten bedeuten. Die hierfür notwendigen personellen Kapazitäten stehen jedoch bereits heute nicht zur Verfügung. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es Patientinnen und Patienten durchaus zuzumuten, nach einer Akutbehandlung zu den regulären Zeiten eine Praxis aufzusuchen, um dort die Behandlung fortzusetzen. Die Entscheidung, welche Behandlung zum gegebenen Zeitpunkt medizinisch notwendig ist, muss den Ärztinnen und Ärzten obliegen und entsprechend vergütet werden. Grundsätzlich wird es personell nicht möglich sein, alle gesundheitlichen Anliegen der Bevölkerung als Akut- und Notfälle zu bedienen.

Zu Nummer 18. Mindestanforderungen an die Qualifikation des in den Integrierten Notfallzentren eingesetzten Personals (§ 123 Absatz 3 Nummer 5 SGB V neu)

Im Gesetzentwurf wird – im Unterschied zum Referentenentwurf des BMG – der Inhalt der vom G-BA gemäß § 123 Absatz 3 SGB V neu zu erarbeitenden Richtlinie in Nummer 5 dahingehend ergänzt, dass in der Richtlinie „Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der Ersteinschätzungsstelle in Integrierten Notfallzentren, inklusive der Mindestanforderungen an die Qualifikation des eingesetzten Personals“ geregelt werden sollen. Die vom Referentenentwurf des BMG in § 123c Absatz 2 SGB V neu vorgesehenen Inhalte betreffen demgegenüber in Nummer 1 lediglich die „Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der Leistungserbringer nach § 123 Absatz 1 Satz 6 in Integrierten Notfallzentren sowie der Kooperationspraxen“.

Auf diese Ergänzung wird auch in § 123a Absatz 2 Nummer 4 SGB V neu im Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen Bezug genommen: In den Kooperationsvereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausträgern sollen ausweislich der Nummer 4 Regelungen „zur Organisation und zur personellen Besetzung der Ersteinschätzungsstelle einschließlich der Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals gemäß den Mindestanforderungen der Richtlinie nach § 123 Absatz 3 Nummer 5“ festgelegt werden. § 123a Absatz 2 Nummer 2 SGB V neu des Referentenentwurfs des BMG regelt lediglich, dass in den Kooperationsvereinbarungen Regelungen „zur Organisation und zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich der notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals“ zu vereinbaren sind.

Bewertung der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer sieht die Übertragung der Regelungskompetenz für Mindestanforderungen an die Qualifikation des in den Integrierten Notfallzentren eingesetzten (ärztlichen) Personals äußerst kritisch. Es ist fraglich, ob hierdurch praktikable und tragfähige Lösungen zu erwarten sind, zumal den Selbstverwaltungspartnern vor Ort gemäß § 123c Abs. 2 SGB V im Referentenentwurf des BMG bereits die Pflicht obliegen soll, die notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen zu regeln. Durch den Regelungsvorschlag im Gesetzentwurf von Bündnis 90/Die Grünen wird diese Zuständigkeit faktisch ausgehebelt und dem G-BA übertragen, wodurch ggf. angemessene Lösungen vor Ort verunmöglicht werden. Die Bundesärztekammer beobachtet mit Sorge, dass der Gesetzgeber (ggf. indirekt über eine gesetzliche Beauftragung des G-BA) immer mehr zusätzliche Qualifikationsanforderungen regelt, die im konkreten Fall mitunter nicht sachgerecht sind bzw. zusätzlich Bürokratie erzeugen. Die für die Arbeit in den Integrierten Notfallzentren infrage kommenden Ärztinnen und Ärzte müssen bereits heute unter schwierigen Bedingungen die Patientenversorgung sicherstellen. Notwendige ärztliche Qualifikationen sind über die ärztliche Weiterbildungsordnung und von der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern entwickelte curriculare Fortbildungen umfassend definiert. Eine zusätzlich zu den Kooperationsvereinbarungen der Selbstverwaltungspartner eingezogene Regelungsebene in Gestalt des G-BA wäre somit eine erhebliche bürokratische Belastung ohne erwartbaren Mehrwert für die Patientenversorgung. Die Bundesärztekammer schlägt daher die Streichung von § 123 Absatz 3 Nummer 5 SGB V neu sowie des Zusatzes „gemäß den Mindestanforderungen der Richtlinie nach § 123 Absatz 3 Nummer 5“ in § 123a Abs. 2 Nr. 4 neu im Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vor.

Zu Nummer 18. Einbezug psychiatrischer und psychosomatischer Expertise in den Integrierten Notfallzentren (§ 123 Abs. 5 SGB V neu)

Im Gesetzentwurf wurde ein Absatz aufgenommen, der sich auf die psychiatrische und psychosomatische Behandlungskompetenz in den Integrierten Notfallzentren bezieht. Satz 2 fordert: „Bei fehlender psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungskompetenz ist diese durch ein externes Fachkrankenhaus durch telemedizinische Konsile nach § 367 oder telefonische Konsile von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche zu gewährleisten.“

Bewertung der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass in Integrierten Notfallzentren psychiatrische und psychosomatische Behandlungskompetenzen grundsätzlich vorgehalten und in diesem Zusammenhang telemedizinisch oder telefonisch entsprechende Expertise eingeholt werden soll. Gleichwohl sollte keine Auflistung der für eine umfassende Beratung erforderlichen Ärzte und Psychotherapeuten vorgenommen werden. Eine Aufzählung müsste die Abbildung aller in Frage kommenden Fachärzte und Ärzte mit entsprechender Zusatzqualifikation sowie von Personen aus dem Bereich der Psychotherapie umfassen. Die geeignete Behandlungskompetenz steht jedoch in Abhängigkeit zum konkreten Behandlungsfall; das Spektrum umfasst sowohl Kinder als auch Erwachsene bis hin zu geriatrischen Patientinnen und Patienten, auch sind die Behandlungsanlässe vielfältig. Daher sollte bei fehlender psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungskompetenz des Notfallzentrums eine Person einbezogen werden, die aufgrund entsprechender Qualifikationen die jeweils im konkreten Einzelfall erforderliche psychiatrische oder psychosomatische Expertise einbringt.

Eine Aufzählung der in Frage kommenden Personen sollte beispielhaft in der Begründung erfolgen. Für den ärztlichen Bereich wären hier auch Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie zu ergänzen, die ergänzend zu einer Facharztweiterbildung in der unmittelbaren Patientenversorgung erworben werden kann. Zu ergänzen sind ferner Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Im Gesetzestext sollte der Absatz wie folgt geändert werden: *„Bei fehlender psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungskompetenz ist diese durch ein externes Fachkrankenhaus durch telemedizinische Konsile nach § 367 oder telefonische Konsile von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche mit entsprechend fachlich qualifizierten Ärzten oder Psychotherapeuten zu gewährleisten.“*

Zu Nummer 18. Sanktionslogik bei ambulanter Versorgung in Notaufnahmen von Krankenhäusern ohne INZ (§ 123 Absatz 8 SGB V neu)

Die Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 soll an die Nutzung eines Ersteinschätzungsinstrumentes gebunden werden, um zu gewährleisten, dass die Nutzung des Systems verpflichtend erfolgt und Abweichungen von den vorgesehenen Steuerungswegen konsequent sanktioniert werden. Sofern eine Ersteinschätzung nicht erfolgt oder das Ergebnis nicht beachtet wird, soll sich die Vergütung um 50 Prozent reduzieren.

Bewertung der Bundesärztekammer:

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist das Ansinnen, Patientinnen und Patienten aus Krankenhäusern ohne INZ für die ambulante Behandlung ausnahmslos in INZ zu verlegen, weder pragmatisch noch ressourcensparend. Vorrangig sollte vielmehr eine Aufklärungskampagne erfolgen, die die Funktion der vernetzten Leitstellen vermittelt. Zugleich müssen die technischen, kapazitären und personellen Voraussetzungen geschaffen werden, damit die Bedarfserfassung und Terminvermittlung über eine Leitstelle für Patientinnen und Patienten attraktiver wird als lange Wartezeiten im Wartebereich einer Notaufnahme. Im Zweifelsfall wird eine ausnahmslose Weiterverweisung aller Patienten einen hohen Aufwand auslösen, der im Vergleich zu einer schnellen Versorgung vor Ort kaum zu rechtfertigen ist. Wir möchten auch in diesem Zusammenhang nochmals dringend darauf hinweisen, dass auch im Rahmen der Krankenhausreform ein sehr hoher zusätzlicher Bedarf an Interhospitalverlegungen entstehen wird. Es ist vor diesem Hintergrund kaum zu rechtfertigen, dass Patientinnen und Patienten für eine ambulante Behandlung ggf. Transportleistungen in Anspruch nehmen müssen, obgleich das Krankenhaus die ambulante Versorgung hätte übernehmen können. Zudem ist zu berücksichtigen, dass eine Weiterleitung auch aus Gründen jenseits medizinischer Kriterien, problematisch bis unmöglich sein kann. Anzuführen sind soziale Kriterien aber auch logistische Schwierigkeiten.

Letztendlich muss das übergeordnete Ziel sein, als Single Point of Entry die vernetzten Leitstellen durchzusetzen. Patientinnen und Patienten sollten über eine breit angelegte Informationskampagne angehalten werden, vor jeder Inanspruchnahme einer Notfallleistung eine vernetzte Leitstelle zu kontaktieren. In diesem Zusammenhang ist auch zu überlegen, ob Patientinnen und Patienten, die ohne vorherige Einschätzung durch die Gesundheitsleitstelle die Notaufnahme aufsuchen – nachdem mittels der Triage in der Notaufnahme festgestellt wurde, dass sie keine unmittelbare stationäre Notfallversorgung benötigen (z. B. MTS-Stufe grün oder blau) – auf die Einstufung der Gesundheitsleitstelle verwiesen werden. Dazu kann in den INZ eine entsprechende Kontaktmöglichkeit geschaffen werden. Dies bietet auch den Vorteil, dass Daten erfasst und weitergeleitet werden und Termine in der vertragsärztlichen Versorgung vergeben werden können. Zwingende Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die technischen Möglichkeiten geschaffen werden, um dies umsetzen und für die Menschen attraktiv gestalten zu können.

Zu Nummer 22. Echtzeit-Nachweis (§ 136b Abs. 9 (neu) SGB V)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie, die Vorgaben zur Einrichtung und Durchführung eines interdisziplinären Echtzeit-Nachweises der Behandlungs- und Versorgungskapazitäten (Verzeichnis) von Krankenhäusern sowie zur Pflege der entsprechenden Daten beinhaltet.

Bewertung der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer begrüßt den Ansatz, Echtzeitdaten in die Akut- und Notfallversorgung einzubeziehen. Dies sollte im Rahmen der notwendigen digitalen Transformation erfolgen. Neben den Kapazitäten der stationären Versorgung, einschließlich der Behandlungskapazitäten für Notfälle (Chest Pain Unit, Stroke Unit, Traumazentren etc.) und Bettenverfügbarkeit (Intensiv- und Normalstationen), müssen den Leitstellen, dem Rettungsdienst, dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst, den Notaufnahmen bzw. deren gemeinsamen Anlaufstellen auch die notfall- und akutmedizinischen Kapazitäten der Arztpraxen zur Verfügung gestellt werden.

Zu Nummer 23. Ergänzung Notfallstufen-RL des G-BA (§ 136c Abs. 4 Satz 3 SGB V)

Die gesetzlichen Vorgaben zur Richtlinie des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern soll dahingehend angepasst werden, dass Abweichungen von den Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin sowie von den Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung der Notaufnahmen der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin hinsichtlich der Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten beziehungsweise Notfallpatienten sowie der Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals besonders zu begründen sind.

Bewertung der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer hält es aus systematischen Gründen für kritisch, wenn in gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen pauschal auf Leitlinien einzelner Fachgesellschaften verwiesen wird. Zum einen ist es in aller Regel erforderlich, die Perspektive unterschiedlicher Fachgesellschaften miteinander abzugleichen. Zum anderen würde der Verordnungsgeber mit einem pauschalen Verweis seine Gestaltungsmöglichkeiten aus der Hand geben, da jede Änderung der entsprechenden Dokumente automatisch eine Änderung der Mindestanforderungen nach sich zöge. Zulässig ist ein Zurückgreifen auf Leitlinien zur Bestimmung des fachlichen Standards. Das setzt allerdings voraus, dass diesen einheitlich ein fachlicher Standard zu entnehmen ist. Wird hingegen pauschal auf die jeweils geltende Leitlinie wie auf eine Norm verwiesen, dürfte es sich um einen unzulässigen dynamischen Verweis handeln. Vorgaben sollten daher auf Grundlage der fachlichen Vorarbeiten der Fachgesellschaften ausgewählt und explizit normiert werden.

Weitere Gesichtspunkte

Über diese Punkte hinaus sind zum vorliegenden Gesetzentwurf von Bündnis 90/Die Grünen unter Berücksichtigung des Referentenentwurfes des BMG folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

Zwingende Voraussetzung für eine funktionierende Reform der Akut- und Notfallversorgung ist die **Schaffung ausreichender ambulanter, stationärer und rettungsdienstlicher Kapazitäten**. Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte können die Notaufnahmen und den Rettungsdienst nicht entlasten, wenn es keine freien Kapazitäten für die Versorgung von Akutfällen gibt. Hierfür muss es entsprechende Rahmenbedingungen und Anreize geben. Auf der anderen Seite muss die geplante Neuausrichtung von Krankenhausplanung und -vergütung so gestaltet werden, dass die stationäre Versorgung von komplex erkrankten multimorbiden Notfallpatienten und die dafür erforderliche Vorhaltung ausreichend refinanziert werden. Ein relevanter Teil der Überlastung von Notaufnahmen entsteht durch einen „Exit Block“, bei dem aufgrund fehlender stationärer Kapazitäten, insbesondere für aufwendige Patientinnen und Patienten, nur unter großem Zeitaufwand eine Anschlussversorgung organisiert werden kann. Es ist damit zu rechnen, dass diese Problematik im Zuge der anstehenden Krankenhausreform aufgrund der Zentralisierung und Spezialisierung von Krankenhausstandorten weiter zunehmen wird.

Gleiches gilt für die **Kapazitäten von Krankenfahrten und Krankentransporten**. Die Bundesärztekammer sieht eine gesteigerte Notwendigkeit zunehmender Interhospitaltransfers im Rahmen der Krankenhausreform. Dies wird Transporte sowohl aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen in kleine Häuser als auch umgekehrt betreffen. Hinzu kommen, entsprechend der hier vorgeschlagenen Regelungen, Transporte aus Krankenhäusern ohne INZ in Krankenhäuser mit INZ. Auch im Rahmen der Ambulantisierung wird es mehr Bedarf für Krankenfahrten geben. Die BÄK sieht diese Entwicklung mit Sorge, da bereits heute personelle Engpässe im Bereich des Rettungsdienstes bestehen. Umso wichtiger ist es, dass eine angemessene und an diesen zunehmenden Bedarf angepasste Leistungsvergütung und Investitionskostenfinanzierung für den Rettungsdienst sichergestellt werden.

Eine Notfallreform kann nur in einem Gesamtansatz unter Einbeziehung des Rettungsdienstes gelingen. Die Aufgaben der Ärztekammern umfassen die Überwachung der Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten in allen Versorgungsbereichen, die Sicherung der Qualität der Weiterbildung und die Förderung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Für diese Fragen sind sie die primären Ansprechpartner. Vor diesem Hintergrund sind die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern fachlich in die Ausgestaltung von Rahmenvorgaben im Rettungsdienst einzubeziehen. Dazu gehört eine **Empfehlung des Notarztindikationskatalogs der Bundesärztekammer (NAIK) als Standard-Handreichung** für strukturierte Notrufabfrageschemata der Disponentinnen und Disponenten in Notdienstzentralen und Rettungsleitstellen. Der NAIK wurde Ende 2023 aktualisiert und konkretisiert auf der Basis des aktuellen Standes der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse, welche Aufgaben von Notärztinnen und Notärzten wahrgenommen werden müssen. Die **Fortbildungscurricula der Bundesärztekammer** bilden den Goldstandard für ärztliche Fortbildungskurse. In einer breit angelegten Initiative

zur bundesweiten Vereinheitlichung und Aktualisierung von Qualifikationen im Bereich der Notfallmedizin hat die Bundesärztekammer seit 2023 die BÄK-Curricula „Telenotarzt/Telenotärztin“, „Leitender Notarzt/Leitende Notärztin“ (LNA), „Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin Rettungsdienst“ (ÄLRD) und „Notarzt/Notärztin in der Luftrettung“ beschlossen. Weitere diesbezügliche Qualifikationen, z. B. zum Thema Intensivtransport, und deren Zusammenführung in einer Richtlinie zu Qualifikationen in der Notfallversorgung werden derzeit erarbeitet. Diese Fortbildungen sollten bei der Definition von Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen vorrangig Berücksichtigung finden.

Ein weiterer Aspekt: Die Bundesärztekammer hat immer wieder die große Bedeutung der **Gesundheitskompetenz**, gerade auch im Zusammenhang mit der Notfallversorgung, hervorgehoben. Menschen mit akuten, beunruhigenden und/oder bedrohlichen Symptomen und Krankheitszeichen müssen zwischen einer Vielzahl an Handlungsoptionen, Akteuren der medizinischen Versorgung und Zugangswegen wählen. Viele Menschen suchen – oftmals aus Unwissenheit – nicht-bedarfsgerechte Strukturen auf. Solange hier keine intensive Aufklärungsarbeit geleistet wird und solange Gesundheitskompetenz nicht von Kindheit an und in den Lebenswelten der Menschen gestärkt wird, ist davon auszugehen, dass die Zahl der Hilfesuchenden nicht sinkt, sondern eher steigt und dass gut gemeinte Versorgungspfade von der Bevölkerung nicht angenommen werden. Hier sollten dringend die Vorschläge der Bundesärztekammer zur Stärkung der Gesundheitskompetenz aufgegriffen werden.

Die Bundesärztekammer begrüßt eine Entlastung der Notfallversorgung durch die stärkere Einbindung **telemedizinischer Angebote**. Es ist jedoch nicht zielführend und auch nicht umsetzbar, solche Angebote unabhängig vom tatsächlichen Bedarf rund um die Uhr und damit auch während der regulären Öffnungszeiten der Arztpraxen über die 116 117 vorzuhalten. Vielmehr sollte es dem KV-System überlassen werden, wie bei entsprechender Ersteinschätzung während der Praxisöffnungszeiten eine telemedizinische Versorgung sichergestellt wird. Dabei sind auch Kooperationen mit dem Tele-Rettungsdienst (Telenotärztinnen und Telenotärzte) denkbar. Dies gilt in gleicher Weise für die vorgesehene Etablierung eines aufsuchenden Dienstes auch während der Praxisöffnungszeiten. Mit Blick auf die geforderten **Erreichbarkeitskriterien** für die gemeinsamen Leitstellen bleibt es kritisch zu hinterfragen, warum 50 Prozent der notwendigen Finanzierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und damit durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu tragen sind.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass der Gesetzentwurf eine **erhebliche Leistungsausweitung** verspricht. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass zusätzliche und besonders niederschwellige neue Angebote auch zu mehr Nachfrage führen können (supplier-induced demand), wenn die professionelle Hilfe an Stelle einer Selbsthilfe genutzt wird.

Bereits heute ist die **Besetzung des ambulanten Bereitschaftsdienstes** teilweise herausfordernd. Eine Ausweitung der Sicherstellung in dem hier beschriebenen Ausmaß (so z.B. die im vorliegenden Antrag vorgeschlagenen bundeseinheitliche Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxen von täglich von 10 bis 22 Uhr) wird personell nicht möglich sein. Dringend erforderlich sind schon jetzt zusätzliche Anstrengungen und Maßnahmen wie zum

Beispiel intelligente arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Regelungen und Anreize für Ärztinnen und Ärzte, die im Ruhestandsalter weiterhin ärztlich tätig sein möchten. Dies fehlt im vorliegenden Gesetzentwurf.

Als sinnvoll erachtet die Bundesärztekammer eine bessere Vorbereitung des Gesundheitssystems für **Krisen- und Katastrophenlagen**. Hier spielt die Notfallversorgung eine entscheidende Rolle und es sind weitergehende Maßnahmen erforderlich.

Vollkommen unklar ist, wie die Notfallreform mit der **Krankenhausreform** abgestimmt werden soll und wie sich auch vor dem Hintergrund der Stufenzuteilung im Rahmen der Richtlinie des G-BA zu den „Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern“ und der Standortfestlegung als INZ durch die erweiterten Landesausschüsse eine konsistente Planung ergeben soll. Hier muss dringend Planungssicherheit geschaffen und eine Auswirkungsanalyse unter Einbeziehung aller zukünftigen Regelkreise vorgelegt werden. Unklar bleibt, wie die konkrete Zusammenarbeit zwischen Notaufnahmen in Krankenhäusern mit INZ und ohne INZ ablaufen soll.

Sehr kritisch sieht die Bundesärztekammer die fehlende strukturelle **Einbindung der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern in den Reformprozess**. Die Landesärztekammern als landesgesetzlich legitimierte berufliche Vertretungen der Ärztinnen und Ärzte aus dem stationären und ambulanten Bereich sollten bundesweit an den Gremien und Vereinbarungen beteiligt werden, die für die konkrete Umsetzung der Reform zuständig sind. Entsprechend muss auch die Bundesärztekammer in die Entwicklung bundesweiter Rahmenvorgaben eingebunden werden.

Die Bundesärztekammer hält Änderungen am Gesetzesentwurf für erforderlich und steht bereit, den ärztlichen Sachverstand in den weiteren Reformprozess einzubringen, um eine dauerhaft tragfähige, qualitativ hochwertige, patienten- und mitarbeitergerechte Notfallversorgung in Deutschland zu gewährleisten.