

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Notfallreform)

- nach dem Beschluss des Deutschen Bundestages vom 15.10.2026 -

- Eine gut funktionierende Notfall- und Akutversorgung ist essentieller Bestandteil einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung. Deutschland verfügt grundsätzlich bereits über ein umfassend ausgebautes System.
- Die Strukturen haben sich jedoch regional unterschiedlich entwickelt. Die **Versorgungslandschaft ist fragmentiert** und die Akteure untereinander **nicht ausreichend vernetzt**. Hilfesuchende steuern häufig nicht die richtige **Versorgungsebene** an. Dies führt zu überlasteten Notaufnahmen, unnötigen Fahrten des Rettungsdienstes und hohen systemischen Folgekosten.
- Mit dem vorliegenden Gesetz werden diese strukturellen Probleme angegangen und eine überfällige sowie im Koalitionsvertrag vorgesehene Reform umgesetzt.
- Mit der Notfallreform werden alle an der Notfall- und Akutversorgung beteiligten **Leistungserbringer digital vernetzt**. Die Zuständigkeiten werden bundesweit **klar verteilt**.
- **Integrierte Notfallzentren (INZ)** werden flächendeckend als zentrale Anlaufstellen für Hilfesuchende im Akut- und Notfall etabliert. INZ sind **sektorenübergreifend** organisiert und bieten ein breites Behandlungsspektrum für die Erstversorgung. Gemeinsam mit dem **Rettungsdienst**, den **Akuteitstellen** der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie deren Angebot einer jederzeit verfügbaren **telemedizinischen** und **aufsuchenden Versorgung** wird eine umfassende Versorgung sichergestellt.
- Mit einer standardisierten **Ersteinschätzung an allen zentralen Anlaufstellen der Notfallversorgung** werden Hilfesuchende künftig gezielt in die richtige Versorgungsebene geleitet. Diese **Notfall-Wegweiser** entlasten die Notaufnahmen und die Rettungsdienste.
- Zudem wird der **Rettungsdienst grundlegend reformiert**: Die medizinische Notfallrettung wird im SGB V verankert. Somit kann das gesamte Leistungsspektrum des Rettungsdienstes künftig rechtsicher erbracht und finanziert werden.
- Von der Reform **profitieren** insbesondere **Patientinnen und Patienten**, die im Akut- und Notfall eine schnelle und qualitativ hochwertige Versorgung benötigen. Dies wird bundesweit sichergestellt. Zudem werden die Strukturen von unsachgemäßer Inanspruchnahme geschützt, dies spart Beitragsgelder ein.

Ausgangslage

- **Notaufnahmen und Rettungsdienste** sind vielfach **strukturell überlastet**: Überfüllte Notaufnahmen, lange Wartezeiten und medizinisch unnötige Rettungsdienstfahrten sind Alltag.
→ Etwa 25-30 % der Hilfeersuchen in Notaufnahmen sind als niedrigprioritär einzuschätzen.
- Hilfesuchende haben häufig **keine Kenntnis** über die verfügbaren ambulanten Notdienststrukturen und schätzen die eigene **Behandlungsdringlichkeit falsch ein**.
→ Hilfesuchende suchen eigenständig Notaufnahmen auf, obwohl eine Behandlung dort in vielen Fällen nicht nötig wäre. Häufig folgt dann eine Untersuchung im Krankenhaus.
→ **Fehlende Patientensteuerung**: Es fehlt ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren zum Behandlungsbedarf, um Hilfesuchende bedarfsgerecht zu steuern.
→ Bisher existiert bundesweit keine Verpflichtung zur Einrichtung vertragsärztlicher **Notdienstpraxen an Krankenhäusern**; solche existieren teilweise, regional große Unterschiede.

- Die an der Versorgung von Akut- und Notfallpatientinnen und Akut- und Notfallpatienten beteiligten Akteure (Rettungsdienst, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser) sind meist **nicht ausreichend vernetzt**.
 - fehlende Kommunikation zwischen den Strukturen hinter den Rufnummern 112 (Rettungsdienst) und 116117 (vertragsärztlicher Notdienst), keine digitale Fallübergabe möglich.
- In der **medizinischen Notfallrettung** (Rettungsdienst) sind die Strukturen hoch **fragmentiert** und **intransparent** (diverse Leistungserbringer, Leistungsangebote, Vergütungsmodelle).
 - Intransparenz bei der Gebührenerhebung, Leistungsumfang variiert je nach Bundesland.
 - zu viele und teure „**Fehlfahrten**“: Fehlanreiz zum Transport in die Notaufnahme, da bisher nur „Fahrtkosten“ über GKV erstattet werden (Versorgung vor Ort ist nicht abrechenbar).
 - Folge: GKV-Ausgaben für „Fahrtkosten“ lagen 2025 bei rd. 10,4 Mrd. Euro, Kostenanstieg in den vergangenen 10 Jahren um 113 %.
 - Vereinzelt kommt es dazu, dass Versicherten die Fehlfahrten in Rechnung gestellt werden, da bisher konkrete sozialversicherungsrechtliche Grundlagen für die Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung mit den Krankenkassen fehlen.

Ziele des Gesetzes

- I. Für alle Hilfesuchenden wird eine bundesweit einheitlich strukturierte, gleichwertige und qualitativ hochwertige Akut- und Notfallversorgung sichergestellt.
- II. Die Fehlinanspruchnahme der Strukturen der Notfallversorgung wird deutlich verringert und Hilfesuchende werden gezielt in die richtige Versorgungsebene geleitet. Alle an der Akut- und Notfallversorgung beteiligten Akteure werden sektorenübergreifend besser vernetzt.
- III. Für das gesamte Leistungsspektrum der Notfallrettung durch den Rettungsdienst wird Rechtssicherheit hergestellt und eine angemessene Honorierung sichergestellt.

Zentrale Maßnahmen der Notfallreform:

I. Neuordnung der Not- und Akutfallstrukturen und Vernetzung der Leistungserbringer

a) Gründung von Akutleitstellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden Akutleitstellen. Diese übernehmen die bisherigen Aufgaben der Terminservicestellen im Bereich der **Akutfallvermittlung**.
- Akutleitstellen dienen als erste **Anlaufstelle** für Personen, die von einer unverzüglichen Behandlungsnotwendigkeit ausgehen, jedoch keine Notfallrettung (Rettungsdienst) benötigen.
- Diesen Hilfesuchenden wird auf Basis eines bundesweit einheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der **gebotenen Versorgungsebene** vermittelt.
- Akutleitstellen sind **jederzeit erreichbar** und tragen entscheidend zu einer **Entlastung der Notaufnahmen und Rettungsdienste** bei.

b) Bildung von Gesundheitsleitsystemen (Vernetzung der Strukturen hinter der 116117 und 112)

- Die neuen **Akutleitstellen** bilden flächendeckend Kooperationen mit den Leistungserbringern des **medizinischen Notfallmanagements** (Rettungsleitstellen) → **Gesundheitsleitsysteme**.
- Innerhalb eines Gesundheitsleitsystems sollen Hilfesuchende besser koordiniert werden:

→ beispielsweise: Ergibt bei einer Kontaktaufnahme mit der 112 die Abfrage durch die Leitstelle, dass kein dringlicher Notfall vorliegt, erfolgt eine unmittelbare Fallübergabe an die 116117.

→ Hierfür nötig: **digitale Vernetzung** zur reibungslosen Fallübergabe ohne erneute Datenerhebung und ein **gemeinsames Verständnis** der vorliegenden Behandlungsdringlichkeit.

→ In einer **Kooperationsvereinbarung** legen die Partner die Details der Zusammenarbeit fest.

- Ziel: **Bessere Patientensteuerung** durch eine enge Abstimmung der Leistungserbringer.

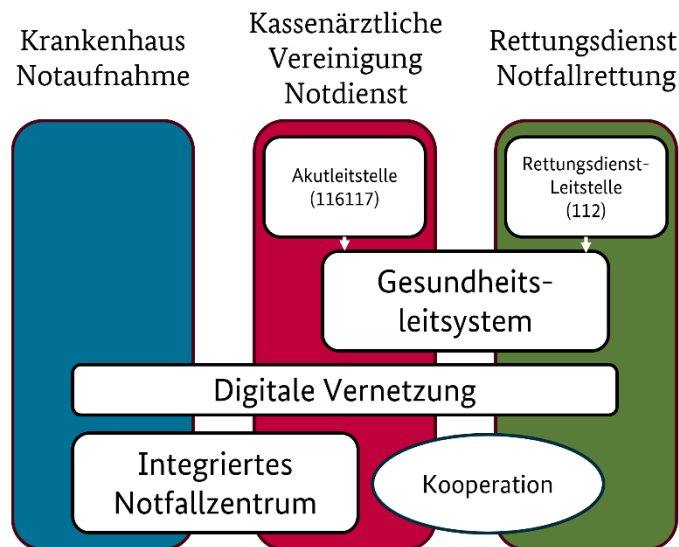
c) Ausbau der notdienstlichen Akutversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen künftig auch mit einer **durchgängig verfügbaren telemedizinischen und aufsuchenden Versorgung** die **Erstversorgung** bei Akutfällen sicher.
- Die Versorgung von Akutfällen kann und soll weiterhin vorrangig **innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstunden** stattfinden → aufsuchende Erstversorgung insbesondere dann, wenn keine anderweitige vertragsärztliche Akutversorgung möglich.
- Aufsuchende Versorgung trägt demografischer Entwicklung Rechnung: Immobile oder pflegebedürftige Personen, die selbstständig kein Integriertes Notfallzentrum ansteuern können, erhalten Hilfe.

d) Etablierung Integrierter Notfallzentren (INZ) und Integrierter Notfallzentren für Kinder (KINZ)

- **INZ** und **KINZ** werden als **sektorenübergreifende Strukturen** an Krankenhausstandorten etabliert. → Verbindliche Zusammenarbeit der Krankenhäuser und Kassenärztlichen Vereinigungen.
- INZ bestehen immer aus der **Notaufnahme** eines Krankenhauses, einer **Notdienstpraxis** der Kassenärztlichen Vereinigung und einer **zentralen Ersteinschätzungsstelle**.
 - Ersteinschätzung vor jeder Behandlung, wenn Hilfesuchende ungesteuert ein INZ aufsuchen.
 - GBA entwickelt qualitative Vorgaben für zu verwendendes Ersteinschätzungsinstrument.
 - Ersteinschätzung künftig auch an Krankenhäusern ohne INZ: Notfallbehandlung wird nur noch vergütet, wenn Behandlung im Krankenhaus tatsächlich medizinisch notwendig ist.
- Zusätzlich zur Notdienstpraxis sollen Arztpraxen als „**Kooperationspraxen**“ an INZ angebunden werden → nach Ersteinschätzung ggf. Weiterleitung an Kooperationspraxis (Sprechstundenzeit).
- Die INZ- und KINZ-Standorte werden von der Selbstverwaltung nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben im **erweiterten Landesausschuss** festgelegt. Sie werden **flächendeckend** etabliert.

Grafik: Neuordnung der Versorgungsstrukturen im Akut- und Notfall



e) Finanzierung der

neuen Strukturen

- Für den Ausbau der notdienstlichen Akutversorgung (Akutleitstelle, Telemedizin, aufsuchende Versorgung, Gesundheitsleitsystem) und der Gründung von INZ müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen **zusätzliche Finanzmittel** zur Verfügung stellen.
 → Die Finanzierung ist von beiden Seiten in gleicher Höhe bereitzustellen.
 → Der Umfang der zusätzlichen Mittel hängt vom tatsächlichen Bedarf ab. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen eine begründete Kalkulation vorlegen.
 → **Private Krankenversicherungsunternehmen** haben sich an Finanzierung zu **beteiligen**.

f) Arzneimittelabgabe an INZ und in der aufsuchenden Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte

- Ärztinnen und Ärzte** können künftig Patientinnen und Patienten an INZ und im Rahmen der aufsuchenden Versorgung **mit Arzneimitteln und Medizinprodukten versorgen**.
 → Neues Abgaberecht vergleichbar mit Abgabemöglichkeit durch Krankenhausapotheken.
- Begrenzte Fallkonstellationen:** Abgabe für den akuten Bedarf, wenn Versorgung über Apotheke nicht ausreichend sichergestellt werden kann.

II. Reform der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen des Rettungsdienstes

a) Medizinische Notfallrettung als Sachleistung im SGB V

- Das **Notfallmanagement**, die **notfallmedizinische Versorgung vor Ort** und der **Transport** werden zu **Teilen der Krankenbehandlung** und fallen künftig in den Leistungsumfang der GKV.
 → Bisheriger Zustand, wonach lediglich die Fahrkosten durch die Krankenkassen erstattet werden, ist nicht mehr zeitgemäß und wird aufgehoben.
- Länder bleiben wie bisher für die Planung der Rettungsdienste zuständig, parallel schließen Krankenkassen mit den Leistungserbringern Verträge zur Finanzierung und Vergütung → **Rechts- und Finanzklarheit** für alle Beteiligten, Transparenz wird erhöht.
- In den Verträgen können auch **Vorhalte- und Investitionskosten** berücksichtigt werden, wenn sie der medizinischen Notfallrettung dienen → Zweckbindung der Sozialversicherungsbeiträge.

b) Fachgremium medizinische Notfallrettung

- Das „Fachgremium medizinische Notfallrettung“ erarbeitet **bundeseinheitliche Rahmenbedingungen** für die **medizinische Notfallrettung** und entwickelt diese fortlaufend weiter.

- Orientierungsrahmen, vor Ort sollen regionale Besonderheiten berücksichtigt werden.
- Zusammensetzung: Länder, Krankenkassen, Fachgesellschaften und Leistungserbringer.
- Themen u. a.: standardisierte Abfragesysteme in Rettungsleitstellen, eigenverantwortliches Handeln von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern, Reanimation durch Laien.
 - Förderung einer **bundeseinheitlichen Qualität** der medizinischen Notfallrettung.

c) Digitalisierung der Leistungserbringer

- Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung werden mit den anderen Akteuren der Notfall- und Akutversorgung **digital vernetzt** unter Nutzung der Telematikinfrastruktur.
- Die erhobenen Patientendaten sollen künftig **digital, komplikationsfrei** und **fallbezogen** an die Leistungserbringer übermittelt werden, die die Weiterbehandlung übernehmen.
 - hierzu gehören u. a. Ergebnis der Ersteinschätzung oder zur vorgenommenen Diagnostik.
- Die Verpflichtung gilt – sobald technische Voraussetzung vorliegt – für den Rettungsdienst, die Ersteinschätzungsstellen (INZ/KINZ), die Akutleitstellen sowie Leistungserbringer im Notdienst.