

## Antwort der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Stella Merendino, Nicole Gohlke,  
Dr. Michael Arndt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke  
– Drucksache 21/1330 –**

### Maßnahmen der Bundesregierung im Rahmen der angekündigten Notfallreform

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Nach Ansicht der Fragestellenden ist das System der Notfallversorgung in Deutschland verbesserungsfähig. Dies betrifft die Notaufnahmen der Krankenhäuser ebenso wie den Rettungsdienst und den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst sowie die Verzahnung dieser Systeme. Soweit bekannt ist, plant auch die Bundesregierung Gesetzentwürfe in diesem Bereich. Mit dieser Kleinen Anfrage sollen Fakten über die Planungen der Bundesregierung erfragt werden.

1. Wie viele ambulante Behandlungen in den Notaufnahmen werden jährlich von den Krankenhäusern gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) abgerechnet?

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in den Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12 Reihe 6.1.1) wurden gemäß ausgewählter EBM-Ziffern (01210, 01212, 01205 und 01207) im Jahr 2021 rund 8,7 Millionen ambulante Notfallbehandlungen, im Jahr 2022 rund 10,8 Millionen ambulante Notfallbehandlungen und im Jahr 2023 rund 11,05 Millionen ambulante Notfallbehandlungen abgerechnet.

2. Ist es Ziel der Bundesregierung, mit den anstehenden Reformen diejenigen Patientinnen und Patienten, die in den Notaufnahmen der Krankenhäuser Hilfe suchen, aber weder eine stationäre Aufnahme, umgehende Behandlung noch umfangreiche Diagnostik benötigen, dort „wegzusteuern“, oder ist es das Ziel, für diese Patientinnen und Patienten vor Ort in einer geeigneten und möglicherweise neuen Organisationsform ein niedrigschwelliges Versorgungsangebot vorzuhalten?

Ziel der von der Bundesregierung geplanten Notfallreform ist insbesondere eine bessere, effiziente und bedarfsgerechte Versorgung aller Personen, die sich mit akuten Beschwerden an Strukturen der Notfallversorgung wenden. Zu der konkreten Ausgestaltung der entsprechenden Regelungsvorschläge im Rahmen

der Notfallreform wird auf die kommende Gesetzesinitiative der Bundesregierung verwiesen.

3. Wie hoch ist der Anteil der über die KV abgerechneten ambulanten Fälle (einheitlicher Bewertungsmaßstab – EBM) und der privat abgerechneten Fälle (Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ) in den Notaufnahmen an der Gesamtzahl der dortigen Fälle?

Aufgrund der Angaben des Statistischen Bundesamtes in den Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12 Reihe 6.1.1) lag die Anzahl der ambulanten Notfallbehandlungen, die nicht über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) abgerechnet wurden, im Jahr 2021 bei rund 1,1 Millionen und in den Jahren 2022 und 2023 bei jeweils rund 1,3 Millionen.

Somit lag der Anteil der ambulanten Notfallbehandlungen, die nicht über die GKV abgerechnet wurden, im Jahr 2021 bei rund 10,8 Prozent, im Jahr 2022 bei rund 10,6 Prozent und im Jahr 2023 bei 10,8 Prozent. Der Anteil der ambulanten Notfallbehandlungen gemäß ausgewählten EBM-Ziffern (01210, 01212, 01205 und 01207) lag im Jahr 2021 bei rund 89,2 Prozent, im Jahr 2022 bei 89,4 Prozent und im Jahr 2023 bei 89,1 Prozent.

4. Wie hoch sind die Aufnahmequote und die Notfallquote an der Gesamtzahl der Fälle?

Nach einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts e. V. aus dem Jahr 2023 (DKI Blitzumfrage. Umfrage 2023: Aktuelle Lage der Notaufnahmen im Krankenhaus, Düsseldorf: DKI) beträgt die Aufnahmequote der Patientinnen und Patienten, die im Anschluss an die Vorstellung in der Notaufnahme stationär weiterbehandelt werden, 39 Prozent.

5. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung typischerweise oder beispielhaft der Grad der Kostendeckung von Notaufnahmen in Krankenhäusern, also das Verhältnis der Kosten der Notaufnahmen zu den dort erzielten Erlösen (z. B. durch die Vergütungen der KV)?

Der Bundesregierung liegen keine validen Erkenntnisse zu den Kosten der Notaufnahmen vor, so dass keine Aussagen zum Grad der Kostendeckung möglich sind.

6. Hat die Bundesregierung hierzu neuere oder andere Erkenntnisse als in dem „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus“ ([www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2\\_Themen/2.2\\_Finanzierung\\_und\\_Leistungskataloge/2.2.3\\_Ambulante\\_Verguetung/2.2.3.4\\_Ambulante\\_Notfallbehandlung\\_durch\\_Krankenhaeuser/2015-02-17\\_Gutachten\\_zur\\_ambulanten\\_Notfallversorgung\\_im\\_Krankenhaus\\_2015.pdf](http://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.3_Ambulante_Verguetung/2.2.3.4_Ambulante_Notfallbehandlung_durch_Krankenhaeuser/2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf)) dargestellt, wonach pro ambulanten Notfall Kosten von 126 Euro für das Krankenhaus ermittelt wurden, denen aber nur Erlöse in Höhe von 32 Euro pro ambulanten Notfall gegenüberstehen?

Der Bundesregierung liegen keine validen Erkenntnisse zu den Kosten der Notaufnahmen vor. Zur Vergütung der Versorgung im Notfall liegen dem Bundesministerium für Gesundheit Ergebnisse der Evaluation des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) gemäß dem Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 4. Sitzung am 7. Dezember 2016 (Stand: 17. Dezember 2020) vor. Danach entfällt auf einen Behandlungsfall mit EBM-Notfall

im Jahr 2017 auf die Krankenhäuser ein durchschnittlicher Leistungsbedarf (Fallwert) in Höhe von rund 37,50 Euro, wobei eine Spannbreite nach Bundesländern von 29,70 Euro bis 43,80 Euro festgestellt wurde. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass der für einen Fall erfasste Leistungsbedarf unvollständig sein kann, wenn Leistungen des Patienten über unterschiedliche Betriebsstättennummern (BSNR) abgerechnet werden, z. B. wenn ein Krankenhaus verschiedene BSNR für Notfallambulanz und Labor hat, oder wenn aus einer vertragsärztlichen Notdienstpraxis Leistungen des Krankenhauses angefordert werden. Vom Jahr 2015 bis zum Jahr 2016 gab es in den Krankenhäusern einen starken Anstieg der Fallwerte von +10 Prozent. Vom Jahr 2016 auf das Jahr 2017 ist der Fallwert insgesamt um 2,9 Prozent gestiegen.

7. Sieht die Bundesregierung das Problem, dass Notaufnahmen von den Krankenhäusern derzeit nur insofern wirtschaftlich betrieben werden können, wenn darüber stationäre Aufnahmen generiert werden (Staubsaugereffekt)?

Notaufnahmen sind Teil des Krankenhauses und keine wirtschaftlich unabhängigen Einheiten. Ob eine spezielle Organisationseinheit eines Krankenhauses in sich wirtschaftlich ist oder nicht, kann die Bundesregierung nicht beurteilen. Für medizinisch von vornherein nicht indizierten Behandlungen bzw. stationäre Aufnahmen besteht kein Leistungsanspruch der Versicherten und entsprechende Leistungen dürfen von Krankenhäusern auch nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

8. Handelt ein Krankenhausmanagement nach Ansicht der Bundesregierung ökonomisch rational, wenn es aufgrund dieser Kosten- und Erlösstruktur versucht, möglichst wenige Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen zu behandeln, die nicht zu einer stationären Aufnahme führen?

Die Behandlung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten muss sich grundsätzlich nach der medizinischen Notwendigkeit richten. Zur effizienten und bedarfsgerechten Versorgung der Patientinnen und Patienten wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

9. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass ein solches ökonomisch rationales Handeln dadurch erreicht werden kann, dass zur Kostenreduktion und Nachfragesteuerung durch lange Wartezeiten die personellen Kapazitäten geringgehalten werden?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass sich die Personalausstattung von Notaufnahmen in der Verantwortung der Krankenhausträger an den Notwendigkeiten der bedarfsgerechten Versorgung orientiert.

10. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, dass auch Patientinnen und Patienten, die nicht mit hoher Dringlichkeit versorgt werden müssen und derzeit in Notaufnahmen oft langen Wartezeiten ausgesetzt sind, dennoch vor Ort ein wirtschaftliches, ausreichendes und zweckmäßiges ambulantes Versorgungsangebot für notwendige Behandlungen mit kürzeren Wartezeiten erhalten?

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD ist vereinbart, dass die Notfallversorgung, einschließlich der Regelungen zum Rettungsdienst im Sozialgesetzbuch, reformiert werden soll. Durch eine bessere und digitale Vernet-

zung der Akteure in der Notfallversorgung insbesondere der Leitstellen mit den (Not-)Rufnummern 112 und 116117 in Gesundheitsleitsystemen sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Integrierten Notfallzentren soll eine optimale Koordinierung von Patientinnen und Patienten nach medizinischen Erfordernissen in die bedarfsgerechte Versorgungsebene erreicht werden. Die Reform soll die teils überlasteten Strukturen der Rettungsdienste und Krankenhäuser durch Vermeidung kostenintensiver Fehlinanspruchnahmen entlasten, den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen konkretisieren und flächendeckend digital vernetzte sektorenübergreifende Integrierte Notfallzentren zur Erstversorgung von Not- und Akutfällen mit gemeinsamer digitaler standardisierter Ersteinschätzung etablieren. Die genaue rechtliche Ausgestaltung der Patientinnen- und Patientenkoordinierung, des Sicherstellungsauftrags und der Integrierten Notfallzentren befindet sich derzeit indes noch in Prüfung.

11. Verursacht nach Ansicht der Bundesregierung ein solches Angebot auch bei kluger Organisation stets höhere Kosten als eine Behandlung in einer regulären ambulanten Praxis, und wenn ja, stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass Patientinnen und Patienten oftmals selbst die Dringlichkeit ihrer Versorgung nicht korrekt einschätzen können?

Die Leistungen und Vergütungen der ambulanten Behandlung in den Praxen im Akut- und Regelfall richtet sich insbesondere nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der vom Bewertungsausschuss beschlossen wird. Der durch Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft ergänzte Bewertungsausschuss beschließt darüber hinaus die gesonderten Leistungen und Vergütungen der ambulanten Notfallbehandlung ebenfalls im EBM. Zu den Kosten einer Behandlung in Notaufnahmen nach dem geschilderten Modell liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Da Strukturen der Notfallversorgung grundsätzlich einen anderen Zweck erfüllen und sich auch in anderen Parametern wie beispielsweise Inanspruchnahme, Vorhaltenotwendigkeiten und Ausstattung von der Akut- und Regelversorgung unterscheiden können, dürfte auch ein Vergleich der Behandlungskosten nicht zielführend sein.

12. Welche Auswirkungen hätte ein Verbot der Selbsteinweisung in Notaufnahmen (also nur noch Einweisung durch ärztliche Überweisung, telemedizinische Ersteinschätzung, z. B. durch 116117, Rettungsdienst oder bei unabweisbaren Notfällen) auf Patientinnen und Patienten, Notaufnahmen, ambulante ärztliche Versorgung und den Rettungsdienst?
13. Wäre es nach Ansicht der Bundesregierung sinnvoll, eine telefonische oder Online-Ersteinschätzung zur Voraussetzung für eine Behandlung in einer Notaufnahme zu machen, und wie kann die Ersteinschätzung auch ohne eine solche Maßnahme gestärkt werden?

Die Fragen 12 und 13 werden gemeinsam beantwortet.

Nach Ansicht der Bundesregierung schätzt sich der oder die Hilfesuchende zunächst selbst als Notfall im subjektiven Sinne ein und das Gesundheitssystem bestimmt die sachgerechte Reaktion darauf. Dies ist auch Maßstab für die Notfallreform. Der Bundesregierung liegen zu den Auswirkungen des in der Frage beschriebenen Selbsteinweisungsverbots keine Erkenntnisse vor. Die genaue rechtliche Ausgestaltung der Patientinnen- und Patientenkoordination und der Integrierten Notfallzentren im Rahmen der geplanten Notfallreform befindet sich derzeit noch in Prüfung.

14. Wäre eine ausfinanzierte Rettungsstelle, die wirtschaftlich unabhängig sowohl vom Krankenhaus als auch von den KV betrieben wird, nach Ansicht der Bundesregierung ein gangbarer Weg, um Anreizstrukturen zu verhindern (Wartezeiten, Staubsaugereffekt, personelle Überlastung und Unterfinanzierung)?

Zu den Auswirkungen dieses konkreten Modells einer Rettungsstelle liegen der Bundesregierung keine validen Informationen vor, sodass sie hierzu keine belastbaren Aussagen treffen kann.

15. Unterstützt die Bundesregierung Bestrebungen in der ärztlichen Selbstverwaltung, eine Facharzt Ausbildung Notfallmedizin einzuführen?
  - a) Wenn ja, wie?
  - b) Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 15 bis 15b werden gemeinsam beantwortet.

Für die ärztliche Weiterbildung sind die Länder zuständig, die ihre Zuständigkeit auf die Ärztekammern übertragen haben. Die Entscheidung der Einführung einer Facharztweiterbildung in der Notfallmedizin muss daher von den Ärztekammern getroffen werden. Dies erfolgt in der Regel koordiniert durch die Bundesärztekammer, die in der (Muster-)Weiterbildungsordnung den Rahmen für die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern setzt. Die Bundesregierung kann hier keinen Einfluss nehmen.

16. Welche einzelnen Maßnahmen soll die von der Bundesregierung geplante Reform des Rettungsdienstes beinhalten?

Die Änderungen der sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zum Rettungsdienst sollen die bisherigen sehr allgemeinen Regelungen zur Finanzierung des Rettungsdienstes im SGB V durch die Aufnahme eines Leistungsanspruches konkretisieren und damit Rechtssicherheit schaffen. Dies ermöglicht unter anderem eine Trennung der Leistungsbestandteile Versorgung und Transport und eine Überwindung von Fehlanreizen der bisherigen Finanzierung des Rettungsdienstes allgemein als „Fahrkosten“.

Ein weiterer wichtiger Baustein ist die digitale Vernetzung des Rettungsdienstes mit den anderen Akteuren der Notfall- und Akutversorgung unter Nutzung der Telematikinfrastruktur. Insoweit sollen auch praktikable und bedarfsgerechte Zugriffsmöglichkeiten der Beschäftigten der Rettungsdienste auf die elektronische Patientenakte genutzt werden. Ziel ist es insgesamt, im System der Notfallversorgung eine schnelle und abgestimmte Versorgungskette ohne Schnittstellenverluste zu erreichen.

Ein weiteres Ziel sind bundesweit gleichwertige Mindeststandards im Rettungsdienst. Hierfür sollen Prozesse etabliert werden, welche die Entwicklung von bundesweit einheitlichen Rahmenvorgaben für die Leistungserbringung der Rettungsdienste unter Einbeziehung aller Akteure und der Länder sicherstellen.

17. Wird der Rettungsdienst und Krankentransport nach Ansicht der Bundesregierung aufgrund der mit der Umsetzung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) beabsichtigten Konzentration von Krankenhausleistungen und Krankenhausstandorten zukünftig höhere Kapazitäten benötigen, und wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung hat keine Kenntnis darüber, in welcher Art und Weise die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) beabsichtigte Konzentration von Krankenhausleistungen konkret von den Ländern im Rahmen ihrer Krankenhausplanung umgesetzt wird. Der Prozess der Leistungsgruppenzuweisung hat noch nicht begonnen. Welche Auswirkungen die neue Struktur auf die benötigten Kapazitäten bei Rettungsdienst und Krankentransport haben wird, ist gegenwärtig nicht absehbar.

18. Wie lautet der Zeitplan der Bundesregierung für die hier angesprochenen Reformgesetze?

Zur Reform der Notfallversorgung wird eine Gesetzesinitiative der Bundesregierung im Herbst 2025 angestrebt.

Zur Gesetzesinitiative der Bundesregierung für ein Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG) wird eine zeitnahe Kabinettbefassung angestrebt.

*Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.*

*Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.*