

## Kleine Anfrage

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

### Finanzierung und Qualitätssicherung der Notfallversorgung in Krankenhäusern

Die Notfallversorgung in deutschen Krankenhäusern ist seit Jahren strukturell unterfinanziert. Notaufnahmen erbringen ambulante Notfallleistungen, die nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab nicht kostendeckend vergütet werden. Gleichzeitig besteht ein systemischer Anreiz zur stationären Aufnahme, da die Vergütung vollstationärer Leistungen nach dem Krankenhausentgeltsystem die ambulante Vergütung erheblich übersteigt. Dieser Mechanismus führt zu einer im internationalen Vergleich auffällig hohen Konversionsrate: Nach einer Auswertung von Routinedaten der BARMER-Krankenkasse zu mehr als 1,4 Millionen Rettungsdienstfällen aus dem Jahr 2022 wurden rund 41,7 Prozent aller mit dem Rettungsdienst transportierten Patientinnen und Patienten noch am selben Tag stationär aufgenommen, wobei bis zu 30 Prozent dieser Fälle keine Merkmale hoher Krankheitsschwere aufwiesen (Roessler et al., Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin, 2025). Gleichzeitig weisen vergleichbare europäische Länder Konversionsraten zwischen 20 und 30 Prozent auf (Busch et al., Notfall + Rettungsmedizin, 2021). Dabei ist der systemische Anreiz zur stationären Aufnahme je nach Versorgungsstufe unterschiedlich ausgeprägt: In Häusern der Basisnotfallversorgung, die mengenmäßig die Hauptlast der Notfallversorgung tragen, ist er besonders stark, weil der Anteil der Vorhaltefinanzierung an der Gesamtvergütung dort am geringsten ist. Angesichts von jährlich rund 20 Millionen Notaufnahmekontakten (Empfehlungen der DGINA und DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen, 2024) besteht die Vermutung, dass bereits eine Reduktion der Konversionsrate, also eine Verschiebung der Versorgung von stationär zu ambulant, um wenige Prozentpunkte ein erhebliches Einsparpotenzial im Milliardenbereich zur Folge hätte.

Vor diesem Hintergrund sind die jüngst vorgestellten Anpassungen der G-BA-Notfallstufenregelung einzuordnen. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20. November 2025 stellt dabei keine Erhöhung der Qualitätsvorgaben dar, sondern eine Präzisierung und Konkretisierung der bereits seit 2018 geltenden Anforderungen. Der Beschluss wurde im G-BA-Plenum einstimmig verabschiedet, einschließlich der Zustimmung der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die im Beschluss festgeschriebenen Vorgaben bleiben dabei weiter deutlich hinter den wissenschaftlichen Empfehlungen der einschlägigen Fachgesellschaften zurück, die in ihren gemeinsamen Strukturempfehlungen für Notaufnahmen umfassende Mindeststandards für personelle, apparative und infrastrukturelle Voraussetzungen definiert haben, die erheblich über die G-BA-Vorgaben hinausgehen (Empfehlungen der DGINA und DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen, 2024).

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Beschluss des G-BA mit Schreiben vom 2. April 2026 im Prüfverfahren nach § 94 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zurückverwiesen und dabei auf eine Anfrage verwiesen, wonach die erhöhten Personalanforderungen die flächendeckende Notfallversorgung gefährden könnten. Diese Einschätzung beruht aus Sicht der fragstellenden Fraktion auf einem Missverständnis: Die neuen Vorgaben erhöhen die bestehenden Anforderungen nicht, sondern konkretisieren sie. Das eigentliche Problem liegt daher nicht in den Qualitätsvorgaben, sondern in der seit Jahren nicht angepassten und strukturell unzureichenden Finanzierung der Notfallversorgung. In diesem Zusammenhang steht der Verdacht im Raum, dass wirtschaftlich motivierte Interessen auf eine Absenkung der bereits seit 2018 geltenden Mindestanforderungen abzielen.

Gleichzeitig hat die Bundesregierung aus Sicht der fragstellenden Fraktion die strukturellen Finanzierungsinstrumente, die eine Lösung dieses Problems hätten ermöglichen können, nicht genutzt oder aktiv entwertet: Die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ursprünglich vorgesehene Leistungsgruppe Notfallmedizin, die durch ihre Verknüpfung mit dem Grouper eine zweckgebundene Vorhaltefinanzierung ermöglicht und erstmals eine belastbare Fallzahl- und Kostentransparenz in der Notfallversorgung geschaffen hätte, wurde im Krankenhausreformanpassungsgesetz gestrichen. Die Zuschläge nach § 136c SGB V wurden nicht an veränderte Personalanforderungen und gestiegene Personalkosten angepasst: Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hat bereits 2022 darauf hingewiesen, dass die damaligen Zuschläge rechnerisch nur rund 23 Euro pro Notfallfall betragen und damit weit von einer kostendeckenden Vorhaltefinanzierung entfernt lagen (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Dritte Stellungnahme, 2022). Der im Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes enthaltene Vorschlag, Notaufnahmen die Abrechnung vorstationärer Leistungen nach § 115a SGB V auch bei Zuweisung durch den Rettungsdienst zu ermöglichen und eine eigenständige Vorhaltevergütung für ärztliches Personal einzuführen (Bundestagsdrucksache 21/2214), wurde von der Bundesregierung bislang nicht aufgegriffen, obwohl der Gesetzentwurf im Vergleich mit dem Kabinettsentwurf der Bundesregierung zur Reform der Notfallversorgung aus Sicht der fragstellenden Fraktion doppelt so hohe Einsparpotenziale ausweist.

Die Bundesregierung reagiert aus Sicht der fragstellenden Fraktion auf eine seit Jahren bestehende Unterfinanzierung der Notfallversorgung, indem sie Qualitätspräzisierungen beanstandet, statt die Finanzierung zu sichern. Dabei liegt die Lösung des eigentlichen Problems, der strukturell überhöhten Konversionsrate, im Bereich der Finanzierungsreform. Eine kostendeckende ambulante Vergütung und eine eigenständige Vorhaltefinanzierung würden den systemischen Anreiz zur stationären Aufnahme reduzieren, erhebliche Einsparungen im Milliardenbereich ermöglichen und die flächendeckende Notfallversorgung strukturell sichern. Das sich daraus ergebende Muster bedarf im Sinne der Sicherstellung einer flächendeckenden Notfallversorgung einer ausführlichen Klärung.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche strukturellen Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus ihrer eigenen Feststellung im Prüfschreiben vom 2. April 2026 an den G-BA, wonach bereits die konkretisierten, unterhalb der Fachgesellschaftsempfehlungen liegenden Personalvorgaben für Zentrale Notaufnahmen im bestehenden Finanzierungssystem nicht adäquat abgebildet seien, und welche konkreten gesetzgeberischen oder untergesetzlichen Maßnahmen

plant sie, um diese seit Jahren bestehende Finanzierungslücke zu schließen, bevor die neuen Vorgaben des G-BA in Kraft treten (bitte mit Zeitplan)?

2. Aus welchen Gründen wurde die im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ursprünglich vorgesehene Leistungsgruppe Notfallmedizin durch das Krankenhausreformenpassungsgesetz gestrichen, welche Auswirkungen erwartet die Bundesregierung daraus für die Sicherstellung der Notfallversorgung im ländlichen Raum, und welches alternative Instrument zur strukturellen Verknüpfung von Qualitätsvorgaben, Vorhaltefinanzierung sowie Fallzahl- und Kostentransparenz in der Notfallversorgung sieht die Bundesregierung vor?
3. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie viele Krankenhäuser infolge der neuen Personalvorgaben des G-BA-Beschlusses vom 20. November 2025 die Teilnahme an der Notfallversorgung aufgeben könnten, und auf welche konkreten Daten stützt sie diese Einschätzung, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die notfallmedizinischen Fachgesellschaften die neuen Vorgaben als Präzisierung der bereits seit 2018 geltenden Anforderungen einordnen, die für kleinere Häuser in der Basisnotfallversorgung aufgrund der Anrechenbarkeit von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sogar mehr personellen Handlungsspielraum eröffnen als die bisherige Regelung (bitte aufgeschlüsselt nach Versorgungsstufen und Bundesländern, soweit Erkenntnisse vorliegen)?
4. Welche Folgenabschätzung nach § 136c Absatz 4 Satz 5 SGB V hat der G-BA nach Kenntnis der Bundesregierung im Rahmen seines Beschlusses vom 20. November 2025 vorgenommen, welche Ergebnisse hat diese ergeben, und wie bewertet die Bundesregierung diese Ergebnisse im Hinblick auf die Tragfähigkeit der neuen Personalvorgaben für Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung?
5. Inwiefern sind die Zuschläge nach § 136c SGB V seit der letzten Anpassung der Notfallstufenregelung an veränderte Kostenstrukturen, insbesondere bei den Personalkosten, angepasst worden und hält die Bundesregierung die aktuelle Höhe der Zuschläge angesichts der mit dem G-BA-Beschluss vom 20. November 2025 präzisierten Personalanforderungen für auskömmlich?
6. Aus welchen Gründen hat die Bundesregierung den Vorschlag aus Bundestagsdrucksache 21/2214 im Kabinettsbeschluss zur Notfallreform vom 22. April 2026 nicht aufgegriffen, Notaufnahmen die Abrechnung vorstationärer Leistungen nach § 115a SGB V auch bei Zuweisung durch den Rettungsdienst zu ermöglichen, und teilt die Bundesregierung die im genannten Gesetzentwurf enthaltene Einschätzung, dass durch die Umsetzung dieses Vorschlags Einsparpotenziale deutlich über den im Kabinettsentwurf der Bundesregierung vorgesehenen ca. 1 Mrd. Euro in den Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung realisierbar wären (bitte mit Kostenschätzung bzw. Begründung einer abweichenden Einschätzung)?
7. Inwiefern stimmt die Bundesregierung der Einschätzung der fragestellten Fraktion zu, dass die strukturelle Überlastung von Notaufnahmen und des darin tätigen Personals maßgeblich durch den sogenannten Exit-Block verursacht wird, der auch dadurch entsteht, dass die nicht kostendeckende Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab in Verbindung mit der deutlich höheren Vergütung vollstationärer Leistungen nach dem Krankenhausentgeltsystem einen systemischen Anreiz zur stationären Aufnahme schafft und welche konkreten Maßnahmen sieht die Bundesregierung im Rahmen der geplanten Reform der Notfallversorgung oder anderer gesetzlicher Initiativen vor, um diesen

strukturellen Fehlanreiz zu beseitigen und dadurch die Konversionsrate in den Notaufnahmen nachhaltig zu senken?

8. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Höhe der Konversionsrate in Krankenhäusern der unterschiedlichen Notfallversorgungsstufen gemäß § 136c Absatz 4 SGB V und deren Veränderung über die letzten fünf Jahre vor (bitte aufgeschlüsselt nach Notfallversorgungsstufen, Bundesländern und Jahren)?
9. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um eine eigenständige Vorhaltevergütung für ärztliches Personal und den Funktionsdienst in Notaufnahmen zu schaffen, die unabhängig von der Fallzahl eine verlässliche Finanzierung der Personalkosten und so eine flächendeckende Notfallversorgung sicherstellt, und in welchem Gesetzgebungsverfahren soll ein entsprechender Vorschlag vorgelegt werden?
10. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, ob die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten, die durch den Rettungsdienst in eine Notaufnahme zugewiesen werden, mit geringerem klinischem Aufwand und damit geringeren Kosten möglich ist als bei Patientinnen und Patienten, die durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt zur vorstationären Behandlung nach § 115a SGB V eingewiesen werden, und auf welche Grundlage stützt sie diese Einschätzung?
11. Welche Möglichkeiten einer kostendeckenden Vergütung für die fachgerechte ambulante Behandlung von durch den Rettungsdienst zugewiesenen Patientinnen und Patienten bestehen nach Einschätzung der Bundesregierung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, wenn für die Behandlung Großgerätediagnostik, Laborleistungen oder eine kurzzeitige Überwachung erforderlich sind, die Patientinnen und Patienten jedoch nicht aus medizinischen Gründen stationär aufgenommen werden müssen?
12. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, ob Patientinnen und Patienten, die zur vorstationären Behandlung nach § 115a SGB V durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt eingewiesen werden, eine geringere Krankheitsschwere aufweisen als Patientinnen und Patienten die durch den Rettungsdienst zugewiesen werden?
13. Wie viele Krankenhäuser nehmen nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit an der Notfallversorgung gemäß § 136c Absatz 4 SGB V in welcher Versorgungsstufe teil, und wie hat sich die Zahl der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser seit Inkrafttreten der Notfallsufenregelung entwickelt (bitte jeweils aufgeschlüsselt nach Versorgungsstufe und Bundesland)?

Berlin, den 18. Mai 2026

**Katharina Dröge, Britta Haßelmann und Fraktion**

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.