

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Janosch Dahmen,
Dr. Armin Grau, Simone Fischer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 21/6232 –**

Finanzierung und Qualitätssicherung der Notfallversorgung in Krankenhäusern

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Notfallversorgung in deutschen Krankenhäusern ist seit Jahren strukturell unterfinanziert. Notaufnahmen erbringen ambulante Notfalleistungen, die nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab nicht kostendeckend vergütet werden. Gleichzeitig besteht ein systemischer Anreiz zur stationären Aufnahme, weil 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 Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall und Akutmedizin [DGINA] und Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin [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 (G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss) 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 des Fünften Buches 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 fragestellenden 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 fragestellenden 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 Krankenhausreformenpassungsgesetz gestrichen. Die Zuschlüsse 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 fragestellenden Fraktion doppelt so hohe Einsparpotenziale ausweist.

Die Bundesregierung reagiert aus Sicht der fragestellenden Fraktion auf eine seit Jahren bestehende Unterfinanzierung der Notfallversorgung, indem sie Qualitätspräzisionen 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.

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 angeben)?

In der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übermittelten Bitte um ergänzende Stellungnahme vom 2. April 2026 wird der G-BA darüber informiert, dass das BMG durch eine Nachfrage darauf hingewiesen wurde, dass die erhöhten Anforderungen an die Personalvorhaltung in den Zentralen Notaufnahmen im bestehenden Finanzierungssystem nicht adäquat abgebildet seien. Es handelt sich dabei nicht um eine eigene Feststellung des BMG zu einer mutmaßlichen bestehenden Finanzierungslücke.

Der G-BA wurde hierzu um nähere Erläuterung gebeten. Das Verfahren der rechtsaufsichtlichen Prüfung ist daher noch nicht abgeschlossen. Sowohl der G-BA als auch das BMG werden das Versorgungsgeschehen außerdem weiter beobachten.

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, Vorhalfinanzierung sowie Fallzahl- und Kostentransparenz in der Notfallversorgung sieht die Bundesregierung vor?

Stationäre Leistungen der Notfallmedizin sind in der Regel nicht einer bestimmten bettenführenden Abteilung zugeordnet. Deshalb gibt es nach Einschätzung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus keine angewendeten und geeigneten Fachabteilungsschlüssel für eine Fallzuordnung in eine Leistungsgruppe Notfallmedizin. Die Abrechnung bei stationärer Aufnahme sowie die Fallzuordnung erfolgt über die behandelnde Fachabteilung auf Basis der dort erbrachten Leistungen. Deshalb wurde die Leistungsgruppe Notfallmedizin im Rahmen des Krankenhausreformenpassungsgesetzes – wie im Koalitionsvertrag vorgesehen – gestrichen. Die Notfallversorgung im ländlichen Raum wird durch die Streichung der Leistungsgruppe Notfallmedizin nicht beeinflusst. Die Qualität der Notfallversorgung wird durch die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegt. Diese definieren Mindestanforderungen und dienen als Grundlage für die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen durch die Vertragspartner auf Bundesebene. Die Stufe der Notfallversorgung der Krankenhäuser wird darüber hinaus im Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 1 SGB V veröffentlicht.

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 nach Versorgungsstufen und Bundesländern, soweit Erkenntnisse vorliegen, aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse zu der spekulativen Frage vor, wie viele Krankenhäuser ihre Teilnahme an der Notfallversorgung infolge noch nicht abschließend geänderter Personalvorgaben aufgeben könnten.

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?

Die Zuständigkeit des BMG bei der vom G-BA zu beschließender Richtlinie zu einem gestuften System von Notfallstrukturen an Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V ist auf die Rechtsaufsicht beschränkt. Das Verfahren für die aktuelle Änderung der Richtlinie, einschließlich zum Beschluss vom 20. November 2025 ist noch nicht abgeschlossen. Soweit die Folgenabschätzung angesprochen wird, ist darauf hinzuweisen, dass der G-BA sowohl das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) als auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit einer Evaluation der bisherigen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V beauftragt hatte. Die entsprechenden Ergebnisberichte waren und sind Gegenstand der Beratungen. Der G-BA stellt in Aussicht, sie auf seiner Internetseite zu veröffentlichen (vgl. www.g-ba.de/service/fachnews/135).

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?

Die Vereinbarung der Höhe der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung erfolgt nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) durch die Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, PKV-Verband). Unabhängig davon wurde mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz vom 9. April 2026 geregelt, dass die Zuschläge für eine Teilnahme an der Notfallversorgung ab dem Jahr 2028 um 33 Mio. Euro zu erhöhen sind. Weitere Anpassungen der Zuschläge nach § 136c SGB V erfolgten nicht seit der letzten Anpassung der Notfallstufenregelung. Die Notfallmedizin wird zusätzlich mit den neu eingeführten Förderbeträgen für notfallmedizinische Bereiche wie Stroke Unit (35 Mio. Euro), Spezielle Traumatologie (65 Mio. Euro) und Intensivmedizin (30 Mio. Euro) jährlich weiter gestärkt.

6. Aus welchen Gründen hat die Bundesregierung den Vorschlag auf 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 angeben)?

Der Vorschlag, den Notaufnahmen die Abrechnung der Vergütung nach § 115a Absatz 3 SGB V auch bei Zuweisung durch den Rettungsdienst zu ermöglichen, wurde nicht umgesetzt, weil diese Vergütung nur dann sachgerecht ist, wenn der Vertragsarzt eine voll- oder stationäre Krankenhausbehandlung als notwendig ansieht und er diese deshalb nach § 73 Absatz 2 Nummer 7 und Absatz 4 verordnet. Hierin liegt die wesentliche Abgrenzung zur Erbringung rein ambulanter Leistungen durch ein Krankenhaus. Es handelt sich hierbei um eine Behandlungsform sui generis (vgl. § 39 Absatz 1 SGB V). Hingegen gelten für die ambulante Notfall- bzw. Notdienstversorgung bundeseinheitliche Vergütungsregelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs, die in der Zuständigkeit des ergänzten Bewertungsausschusses liegen (vgl. § 87 Absatz 2a Satz 21 SGB V) und zu denen in Verträgen nach § 115 Absatz 2 Nummer 3 SGB V ergänzende Regelungen vereinbart werden können. Mit der Zielsetzung der besseren Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung hat die Bundesregierung den Gesetzentwurf zur Notfallreform beschlossen. Eine Abschätzung der finanziellen Auswirkungen der Umsetzung dieses Vorschlags wurde seitens der Bundesregierung daher nicht vorgenommen.

7. Inwiefern stimmt die Bundesregierung der Einschätzung der fragestellenden 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?

Medizinische Leistungen, die nach dem KHEntgG vergütet werden, sind u. a. Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patientin beziehungsweise des Patienten notwendig sind. Wirtschaftliche Gründe für eine stationäre Aufnahme sind nicht zulässig.

Um die ambulanten Leistungen in der Notaufnahme differenzierter und angemessener vergüten zu können, wird im Rahmen der Notfallreform der G-BA beauftragt, Zuschläge für die Behandlung Versicherter zu beschließen, die aufgrund von Art, Schwere und Komplexität der Diagnose einer besonders aufwändigen Versorgung in den Notaufnahmen von Integrierten Notfallzentren oder Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche bedürfen. Die im geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bereits vorgesehenen Zuschläge zu Notfallpauschalen sollen insoweit überprüft und weiterentwickelt

werden. Dies umfasst auch eine im Einzelfall erforderliche stundenweise Betreuung und Überwachung der Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche zur Vermeidung einer nicht bedarfsgerechten stationären Behandlung.

Darüber hinaus zielen weitere Maßnahmen im Rahmen der Notfallreform darauf ab, die Überlastung der Notaufnahmen zu verringern. So wird die verpflichtend eingeführte, auf standardisierten digitalen Ersteinschätzungen beruhende Patientinnen- und Patientensteuerung an allen Anlaufstellen der Akut- und Notfallversorgung zunehmend dazu führen, dass Patientinnen und Patienten, die der Einrichtungen einer Notaufnahme nicht bedürfen, in anderen Versorgungsebenen behandelt werden. So werden z. B. Akutleitstellen/Gesundheitsleitsysteme errichtet, die auf der Grundlage eines Ersteinschätzungsverfahrens viele Patientinnen und Patienten in die ambulanten Versorgungsstrukturen oder in die Angebote des Notdienstes (Telemedizinische Versorgung, aufsuchender Dienst) vermitteln werden. Außerdem werden im Bereich des Rettungsdienstes Fehlanreize für medizinisch nicht notwendige Transporte in Krankenhäuser durch die Etablierung eines neuen Leistungssegments medizinische Notfallrettung abgeschafft, was ebenfalls zu erheblichen Entlastungen der Notaufnahmen beitragen wird.

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 nach Notfallversorgungsstufen, Bundesländern und Jahren aufschlüsseln)?

Zu der Höhe des Anteils derjenigen Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus zunächst ambulant und anschließend stationär aufgenommen werden, liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

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?

Mit dem am 22. April 2026 vom Bundeskabinett beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung ist die Etablierung von Integrierten Notfallzentren (INZ) als sektorenübergreifende Notfallversorgungsstrukturen geplant, in denen Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen verbindlich zusammenarbeiten. Die Notaufnahme eines Krankenhauses ist dabei ein Bestandteil des INZ. Die Vergütungsstrukturen werden an diese Strukturen angepasst.

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?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

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?

Der Gesetzgeber hat gemäß § 87 Absatz 2a Satz 21 SGB V dem ergänzten Bewertungsausschuss, der sich aus Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zusammensetzt, die Aufgabe übertragen, die Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM für die Versorgung im Notdienst sowie in Notfällen zu beschließen. Dies umfasst die Bestimmung des Inhalts der von den Leistungserbringern nach dem EBM abrechnungsfähigen Leistungen sowie ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. GOP für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall-)dienst sind in Abschnitt 1.2 EBM enthalten. Neben den GOP dieses Abschnitts sind nur GOP berechnungsfähig, die in unmittelbarem diagnostischem oder therapeutischem Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen (Nummer 1 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2).

Der am 22. April 2026 vom Bundeskabinett beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung sieht vor, dass der ergänzte Bewertungsausschuss Zuschläge für die Behandlung Versicherter neu zu beschließen hat, die aufgrund von Art, Schwere und Komplexität der Diagnose einer besonders aufwändigen Versorgung in den Notaufnahmen von Integrierten Notfallzentren oder Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche bedürfen. Die im geltenden EBM bereits vorgesehenen Zuschläge zu Notfallpauschalen sollen insoweit überprüft und weiterentwickelt werden. Dies umfasst auch eine im Einzelfall erforderliche stundenweise Betreuung und Überwachung der Patienten in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche zur Vermeidung einer nicht bedarfsgerechten stationären Behandlung.

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?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

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 Notfallstufenregelung entwickelt (bitte jeweils nach Versorgungsstufe und Bundesland aufschlüsseln)?

Die Grunddaten der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes umfassen Daten zur Notfallversorgung gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. Bei den Daten handelt es sich um eine Aufschlüsselung nach den Krankenhausstandorten und nicht nach Krankenhäusern. Die dort abgebildete Zahl stellt die Anzahl der Krankenhausstandorte in Deutschland dar und liegt deshalb über der Anzahl der Krankenhäuser, da jedes Krankenhaus mehrere Standorte betreiben

kann. Die Daten beziehen sich auf die Jahre 2020 bis 2024 und können der beigefügten Anlage (Tabellen 1 bis 5) entnommen werden.*

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 21/6580 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

Anlage - Tabellen 1 - 5 zu AW auf Frage 13, Kleine Anfrage 21/6232

Tabelle 1: Krankenhäuser nach Standorten: Teilnahme an der allgemeinen stationären Notfallversorgung nach Ländern, 2020					
Bundesländer	2020				
	Krankenhausstandorte ¹	Teilnahme an der allgemeinen stationären Notfallversorgung ²			
		zusammen	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
Anzahl					
Deutschland	2 755	1 156	685	274	197
Baden-Württemberg	336	105	55	27	23
Bayern	454	178	117	33	28
Berlin	115	35	16	9	10
Brandenburg	117	47	33	6	8
Bremen	18	10	5	3	2
Hamburg	80	19	5	3	11
Hessen	224	81	48	15	18
Mecklenburg-Vorpommern	75	39	20	8	11
Niedersachsen	233	104	55	35	14
Nordrhein-Westfalen	535	281	168	80	33
Rheinland-Pfalz	133	66	44	16	6
Saarland	31	21	16	3	2
Sachsen	120	66	50	7	9
Sachsen-Anhalt	72	39	22	13	4
Schleswig-Holstein	137	32	15	8	9
Thüringen	75	33	16	8	9

1 Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist für jeden Standort die entsprechende Angabe berücksichtigt.
2 Je Krankenhausstandort ist nur eine Stufe der allgemeinen stationären Notfallversorgung zulässig.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser

Tabelle 2: Krankenhäuser nach Standorten: Teilnahme an der allgemeinen stationären Notfallversorgung nach Ländern, 2021

Bundesländer	2021				
	Krankenhausstandorte ¹	Teilnahme an der allgemeinen stationären Notfallversorgung ²			
		zusammen	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
	Anzahl				
Deutschland	2 765	1 190	698	295	197
Baden-Württemberg	346	117	62	29	26
Bayern	450	179	114	35	30
Berlin	114	40	18	13	9
Brandenburg	118	48	34	6	8
Bremen	19	10	5	3	2
Hamburg	82	20	3	6	11
Hessen	230	82	46	18	18
Mecklenburg-Vorpommern	74	37	20	6	11
Niedersachsen	233	109	58	34	17
Nordrhein-Westfalen	537	291	171	90	30
Rheinland-Pfalz	126	67	49	14	4
Saarland	28	19	12	5	2
Sachsen	119	70	54	7	9
Sachsen-Anhalt	74	36	20	12	4
Schleswig-Holstein	141	32	15	9	8
Thüringen	74	33	17	8	8
1 Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist für jeden Standort die entsprechende Angabe berücksichtigt.					
2 Je Krankenhausstandort ist nur eine Stufe der allgemeinen stationären Notfallversorgung zulässig.					

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser

Tabelle 3: Krankenhäuser nach Standorten: Teilnahme an der allgemeinen stationären Notfallversorgung nach Ländern, 2022					
Bundesländer	2022				
	Krankenhausstandorte ¹	Teilnahme an der allgemeinen stationären Notfallversorgung ²			
		zusammen	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
Anzahl					
Deutschland	2 783	1 130	649	301	180
Baden-Württemberg	341	107	51	31	25
Bayern	454	171	107	34	30
Berlin	114	37	14	14	9
Brandenburg	120	47	34	6	7
Bremen	16	11	6	3	2
Hamburg	82	17	3	5	9
Hessen	233	81	45	19	17
Mecklenburg-Vorpommern	74	31	20	6	5
Niedersachsen	230	106	57	34	15
Nordrhein-Westfalen	538	274	155	91	28
Rheinland-Pfalz	126	65	47	14	4
Saarland	26	17	10	5	2
Sachsen	130	67	50	8	9
Sachsen-Anhalt	74	35	19	12	4
Schleswig-Holstein	145	32	15	11	6
Thüringen	80	32	16	8	8
1 Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist für jeden Standort die entsprechende Angabe berücksichtigt.					
2 Je Krankenhausstandort ist nur eine Stufe der allgemeinen stationären Notfallversorgung zulässig.					

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser

Tabelle 4: Krankenhäuser nach Standorten: Teilnahme an der allgemeinen stationären Notfallversorgung nach Ländern, 2023

Bundesländer	2023				
	Krankenhausstandorte ¹	Teilnahme an der allgemeinen stationären Notfallversorgung ²			
		zusammen	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
	Anzahl				
Deutschland	2 776	1 108	625	303	180
Baden-Württemberg	331	106	53	29	24
Bayern	480	168	99	39	30
Berlin	115	37	13	14	10
Brandenburg	117	46	32	7	7
Bremen	15	11	6	3	2
Hamburg	87	18	3	5	10
Hessen	233	81	45	20	16
Mecklenburg-Vorpommern	72	30	20	5	5
Niedersachsen	227	104	55	33	16
Nordrhein-Westfalen	537	269	152	90	27
Rheinland-Pfalz	125	63	43	16	4
Saarland	26	16	9	5	2
Sachsen	120	64	48	7	9
Sachsen-Anhalt	74	33	17	12	4
Schleswig-Holstein	139	30	14	10	6
Thüringen	78	32	16	8	8
1 Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist für jeden Standort die entsprechende Angabe berücksichtigt.					
2 Je Krankenhausstandort ist nur eine Stufe der allgemeinen stationären Notfallversorgung zulässig.					

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser

Tabelle 5: Krankenhäuser nach Standorten: Teilnahme an der allgemeinen stationären Notfallversorgung nach Ländern, 2024					
Bundesländer	2024				
	Krankenhausstandorte ¹	Teilnahme an der allgemeinen stationären Notfallversorgung ²			
		zusammen	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
Anzahl					
Deutschland	2 759	1 073	591	300	182
Baden-Württemberg	327	101	50	30	21
Bayern	481	156	84	40	32
Berlin	113	36	12	14	10
Brandenburg	119	47	34	6	7
Bremen	20	11	6	3	2
Hamburg	86	18	4	4	10
Hessen	236	81	44	19	18
Mecklenburg-Vorpommern	72	30	20	4	6
Niedersachsen	227	100	50	35	15
Nordrhein-Westfalen	523	265	150	87	28
Rheinland-Pfalz	121	61	41	16	4
Saarland	26	15	8	5	2
Sachsen	118	59	44	6	9
Sachsen-Anhalt	76	33	17	12	4
Schleswig-Holstein	137	30	14	10	6
Thüringen	77	30	13	9	8
1 Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist für jeden Standort die entsprechende Angabe berücksichtigt.					
2 Je Krankenhausstandort ist nur eine Stufe der allgemeinen stationären Notfallversorgung zulässig.					

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser