

Änderungsantrag

der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, Claudia Weiss, Kay-Uwe Ziegler, Thomas Dietz, Joachim Bloch, Tobias Ebenberger, Nicole Hess, Dr. Christoph Birghan, Birgit Bessin, Kerstin Przygodda, Alexis L. Giersch, Martina Kempf, Stefan Möller, Dr. Paul Schmidt, Gereon Bollmann, Thomas Fetsch und der Fraktion der AfD

**zu der zweiten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung
– Drucksachen 21/6808, 21/8629 –**

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Der Bundestag wolle beschließen:

In Artikel 1 Nummer 19 wird nach § 133 Absatz 2 Satz 1 der folgende Satz eingefügt:

„§ 71 Absatz 1 bis 3 findet auf die Vergütung der medizinischen Notfallrettung keine Anwendung, soweit dies zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden und kostendeckenden Notfallversorgung erforderlich ist.“

Berlin, den 13. Oktober 2026

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion

Begründung

Die Überführung der medizinischen Notfallrettung aus der bisherigen bloßen Fahrkostenlogik in einen eigenständigen Leistungsanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Grundsatz sachlich richtig und überfällig. Der Gesetzentwurf selbst legt zutreffend dar, dass die bisherige Finanzierung als reiner Fahrkostenersatz keine adäquate Versorgung von Hilfesuchenden ohne Transport oder deren Weiterleitung in die ambulante Versorgung ermöglicht und in der Folge zu einer unnötigen Inanspruchnahme von Rettungsmitteln und Notaufnahmen führt.

Diese strukturelle Neuausrichtung ist jedoch nur dann konsequent umgesetzt, wenn sie auch finanziell konsequent flankiert wird. Die im Entwurf gleichzeitig vorgesehene undifferenzierte Bindung der Vergütung an § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V wird der besonderen Kostenstruktur des Rettungsdienstes (hohe Vorhaltekosten, dynamische Personal-, Energie- und Investitionskosten) nicht gerecht und läuft der eigenen Zielsetzung des Gesetzentwurfs zuwider. Der Bundesrat hat im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz bereits eine entsprechende Ausnahme gefordert; die Bundesregierung hat diese Forderung abgelehnt, obwohl sie mit dem vorliegenden Gesetzentwurf selbst anerkennt, dass die medizinische Notfallrettung als eigenständiger, hochspezialisierter Leistungsbereich zu behandeln ist.

Eine bedarfsgerechte, von der starren Grundlohnrate gelöste Vergütung der Notfallrettung führt zwar im ersten Schritt zu höheren Ausgaben in diesem Bereich, bewirkt jedoch nachweislich erhebliche Einsparungen an anderen Stellen des Gesundheitssystems.

Wissenschaftliche Untersuchungen zur präklinischen Versorgung vor Ort belegen dieses enorme Einsparpotenzial eindrucksvoll:

G-BA-Innovationsprojekt „ILEG“ (2024): Das vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss geförderte und evaluierte Projekt zur Einführung von Gemeindenotfallsanitätern (u. a. in Niedersachsen) belegt, dass eine gezielte medizinische Versorgung vor Ort ohne anschließenden Transport zu einer drastischen Vermeidung von unnötigen Rettungswagen-Einsätzen (RTW) führt und die klinischen Notaufnahmen massiv entlastet (vgl. G-BA-Transferbeschluss vom 21. November 2024).

Begleitende Beobachtungsstudien: Erhebungen (u. a. in der Stadt Braunschweig) zeigen, dass bei rund 59 bis 65 Prozent der medizinisch vor Ort versorgten Patienten auf einen anschließenden teuren Transport in eine Klinik verzichtet werden konnte. Die Beratung und Versorgung vor Ort reichten medizinisch vollständig aus.

Eine sachgerecht ausgestattete und nicht kaputtbudgetierte Notfallrettung kann Patientinnen und Patienten künftig regelhaft bereits am Einsatzort abschließend versorgen oder gezielt in den ambulanten Sektor steuern, statt sie – wie bislang aus strukturellen Fehlanreizen üblich – standardmäßig in die Notaufnahme zu transportieren. Dies vermeidet unnötige und extrem teure stationäre Krankenhausaufnahmen sowie Notaufnahmebehandlungen.

Die Ausnahme der medizinischen Notfallrettung von der starren Budgetierung nach § 71 SGB V ist somit keine Netto-Mehrbelastung der Beitragszahler, sondern eine dringend gebotene, volkswirtschaftlich hocheffiziente Investition, die an anderer Stelle des Gesundheitssystems zu signifikanten Einsparungen führt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.