

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

zum Gesetzentwurf

der Fraktion BÜNDNIS 90/Die Grünen

für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung und des
Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG)

(Stand: 09.02.2026)

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Einordnung	1
Zentrale Kritikpunkte.....	2
1) Fehlende auskömmliche Finanzierung	2
2) INZ-Strukturen mit scharfer Sektorentrennung und Aufbau von Doppelstrukturen	2
3) Sanktionen statt effizienter Patientensteuerung	2
4) Eingriff in die Krankenhausplanung der Länder	3

Allgemeine Einordnung

Die Krankenhäuser unterstützen die Zielsetzung, Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht in die jeweils geeignete Versorgungsebene zu steuern, die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten und die Zusammenarbeit zwischen den Versorgungssektoren zu verbessern, ausdrücklich. Allerdings weist der vorliegende Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, ebenso wie auch der vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegte Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung¹, grundlegende strukturelle und finanzierungstechnische Defizite auf, die eine erfolgreiche Umsetzung der Notfallreform gefährden. Denn auch dieser Entwurf sieht vor, die Krankenhäuser für einen Ausgleich der strukturellen Mängel der aktuellen ambulanten Versorgung heranzuziehen, ohne die damit für die Krankenhäuser verbundenen Kosten zu refinanzieren.

Die zentralen Forderungen der Krankenhäuser lauten vor diesem Hintergrund:

1. Einführung eines eigenständigen, auskömmlichen INZ-Budgets
2. Reduktion von Doppelstrukturen, Überregulation und Bürokratie
3. Effiziente Patientensteuerung statt Sanktionen
4. Wahrung der Länderkompetenz in der Krankenhausplanung

¹ DKG-Stellungnahme (Stand: 04.12.2025) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit online abrufbar unter: www.dkg-ev.de/dkg/politik/stellungnahmen [zuletzt abgerufen am 09.02.2026]

Zentrale Kritikpunkte

1) Fehlende auskömmliche Finanzierung

Der Gesetzentwurf sieht weiterhin **keine Vorhaltefinanzierung für Integrierte Notfallzentren (INZ)** vor. Krankenhäuser sollen umfangreiche Aufgaben der ambulanten Notfallversorgung übernehmen, ohne dass die dafür notwendigen personellen, infrastrukturellen und organisatorischen Kosten refinanziert werden.

Eine Reform ohne gesicherte Finanzierung ist nicht umsetzbar. Hierfür ist die Einführung eines eigenständigen, auskömmlichen INZ-Budgets außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung notwendig.

2) INZ-Strukturen mit scharfer Sektorentrennung und Aufbau von Doppelstrukturen

Die Idee zur Struktur eines INZ existiert spätestens seit dem Gutachten des Sachverständigenrates 2018. Dennoch hat sich der Dreiklang aus 1) Krankenhaus-Notaufnahme, 2) KV-Notdienstpraxis und 3) gemeinsamer Tresen bisher in Deutschland – insbesondere vor dem Hintergrund vermeintlich knapper vertragsärztlicher Ressourcen – so gut wie gar nicht an Krankenhausstandorten etabliert. Deshalb sollten **keine abschreckenden, verpflichtenden Vorgaben** gemacht, sondern Lösungen gesucht werden, damit Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen die Verantwortung für die ambulante Notfallversorgung in ihrer Region gemeinsam tragen können.

Schon jetzt ist es der Fall, dass Notdienstpraxen und Notaufnahmen gemeinsam auf apparative, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zurückgreifen. Daher ist es nicht erforderlich, die Sektoren organisatorisch so klar voneinander abzugrenzen und **Doppelstrukturen** aufzubauen. Entscheidender ist es, die Akteure zu einem gemeinsamen Handeln und Verantwortungsbewusstsein zu verpflichten, ohne ihnen kleinteilige Anforderungen aufzubürden. In verbindlichen **Kooperationsverträgen** sollen sie die Regeln der Zusammenarbeit autark festlegen können, Mindestanforderungen an den Betrieb eines INZ sind dabei bundeseinheitlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festzulegen.

3) Sanktionen statt effizienter Patientensteuerung

Mehrfache Ersteinschätzungen, parallele Steuerungssysteme und umfangreiche Weiterleitungspflichten schaffen neue Bürokratie, ohne die Patientenversorgung nachweislich zu verbessern. Der vorliegende Entwurf verlagert die Verantwortung für Fehlsteuerungen zudem systematisch auf die Krankenhäuser. Gleichzeitig bleiben Kassenärztliche Vereinigungen von vergleichbaren Verpflichtungen weitgehend ausgenommen. Besonders kritisch sind die vorgesehenen **Vergütungskürzungen von bis zu 50 %**, die Krankenhäuser selbst dann treffen können, wenn ambulante Alternativen real nicht verfügbar sind.

Die Steuerung darf also nicht erst am Ende der Versorgungskette – in den Notaufnahmen – ansetzen. Vielmehr ist es erforderlich, eine verlässliche, transparente und nachverfolgbare digitale Ersteinschätzung sowie ein umfangreiches Regel-Versorgungsangebot an den Anfang des Patientenpfades zu stellen.

4) Eingriff in die Krankenhausplanung der Länder

Die vorgesehene Standortbestimmung über erweiterte Landesausschüsse stellt einen **Eingriff in die verfassungsrechtlich geschützte Krankenhausplanung der Länder** dar. Eine Parallelplanung durch Selbstverwaltungsgremien lehnen die Krankenhäuser ausdrücklich ab. Vielmehr sind bundesweite Planungskriterien zu entwickeln, die mit Empfehlungscharakter die Grundlage für die Krankenhausplanung der Länder bilden.

A photograph of a modern building facade with multiple balconies, partially obscured by a large green semi-transparent overlay. The text is centered on this overlay.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

**Wegelystraße 3
10623 Berlin**

**Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de**