Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

(Kabinettsbeschluss 22.04.2026) | Aktualisierte Fassung für das parlamentarische Verfahren, Stand 04.06.2026

Die unterzeichnenden Verbände im Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e. V. und die DIVI und GNPI begrüßen, dass die Bundesregierung eine Neuordnung der Notfallversorgung in Deutschland anstrebt. Dabei müssen unbedingt die besonderen Aspekte der notfallmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden. Wo immer möglich, sollten diese im Notfall von pädiatrisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten versorgt werden können. Angesichts der knappen personellen Ressourcen der Kinderkliniken und der kinder- und jugendärztlichen Praxen muss deren Einsatz in der Notfallversorgung gezielt und mit Augenmaß erfolgen. Der aktuell vorgelegte Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung leistet das nicht. Es besteht die Gefahr der Schwächung der bestehenden ambulanten pädiatrischen Versorgung durch Aufbau unnötiger Doppelstrukturen und andererseits des Verlustes pädiatrischer Expertise in den Notaufnahmen der Kinderkliniken, wenn diese durch „Integrierte Notfallzentren“ (INZ) ohne pädiatrische Leitung und Besetzung ersetzt werden sollten.

Physiologische und anatomische Besonderheiten, eine altersspezifische Krankheitspräsentation und die Notwendigkeit pädiatrisch validierter Ersteinschätzungssysteme machen eine eigenständig geregelte Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche unabdingbar. Zentral für den gezielten Einsatz von Ressourcen in der Notfallversorgung ist eine verbindliche standardisierte Ersteinschätzung, die für Kinder validiert und geeignet sein muss und sowohl den Verweis in die ambulante Regelversorgung als auch die Nichtbehandlung vorsehen muss. Die vorliegende Stellungnahme bewertet den Kabinettsentwurf aus Sicht der unterzeichnenden Verbände und benennt die im parlamentarischen Verfahren noch erforderlichen Änderungen (vgl. auch die Stellungnahmen vom 30.10.2024 und 04.12.2025). Die tatsächlichen medizinischen Bedarfe und der verantwortungsbewusste Einsatz knapper Personalressourcen müssen Leitschnur der Reform sein: Leistungen sind bedarfsorientiert zu erbringen, nicht bedürfnisorientiert. Neue Strukturen müssen sich an vorhandenen personellen Ressourcen orientieren, da das Personal für eine unkontrollierte Ausweitung der Notfallversorgung in der konservativen und operativen Pädiatrie nicht zur Verfügung steht.

Forderungen für das parlamentarische Verfahren

Bereits umgesetzt und von uns ausdrücklich begrüßt:

1. Sektorenübergreifende Vernetzung durch INZ (§ 123 SGB V-E) und Rettungsdienst als GKV-Sachleistung

2. § 133a SGB V-E (Gesundheitsleitsystem): Vernetzung 112/116 117 als integrierte Leitstelle ohne Parallelstrukturen; Leitstellenaufbaukosten durch GKV und PKV
3. Telemedizinische Unterstützung von INZ ohne KINZ durch Kinder- und Jugendärzte (§ 123 Abs. 3 SGB V-E)

Im parlamentarischen Verfahren noch erforderlich:

Kritische Punkte für das parlamentarische Verfahren

- **Pädiatrisch validierte Ersteinschätzung (§ 123c SGB V-E):** diese muss zugangswegunabhängig (112/116 117/ZNA/KINZ/Bereitschaftsdienst), einheitlich und verbindlich für Versicherte sein; die geplante G-BA-Richtlinie muss ein pädiatrisch validiertes System vorschreiben; es muss ein viergliedriger Behandlungspfad einschl. Nichtbehandlungsoption gesetzlich verankert werden; eine KI-gestützte Abfrage soll perspektivisch ermöglicht werden; die Leitstellenaufbaukosten müssen durch GKV und PKV getragen werden; die Ersteinschätzungsentscheidung ist digital so zu dokumentieren, dass ein erneuter Kontakt oder eine erneute Vorstellung zum selben Sachverhalt über alle Zugangswege erkannt werden kann.
- **KINZ an G-BA-Stufe-2-Standorten (§ 123b Abs. 1 SGB V-E):** die Kann-Regelung im 1. Satz ist in eine Sollte-Regelung zu überführen; es ist eine strukturelle und bauliche Trennung von INZ gesetzlich zu verankern; die Investitionsfinanzierung durch die Länder ist sicherzustellen.
- **KINZ an G-BA-Stufe-1-Standorten:** ein Aufbau von KINZ ist, sofern für Erreichbarkeit nach § 123a Abs. 1 Satz 8 SGB V-E erforderlich, vorzusehen, ausgestaltet möglichst mit Kinder- und Jugendchirurgie bzw. mit telemedizinischer kinder- und jugendchirurgischer Unterstützung; wo eine KV-Notdienstpraxis nicht realisierbar ist, sind lokal individuelle Modelle (erweiterter Landesausschuss) vorzusehen; ist die Klinik die einzige Anlaufstelle, ist eine ausreichende Finanzregelung zu treffen.
- **Mindestanforderungen für KINZ (§ 123b Abs. 2 und § 123c Abs. 1 SGB V-E):** die Ersteinschätzungsregelung für Erwachsene ist für Kinder abzulehnen; es ist ein pädiatrisch validiertes Triagesystem vorzusehen; darüber hinaus fachärztliche Leitung, altersgerechte Infrastruktur, integrierte KV-Notfallpraxis, Kooperationsvertrag mit Intensivstation/Kinder- und Jugendchirurgie, Kooperationsverträge mit niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten im Einzugsgebiet, soweit möglich und regional sinnvoll.
- **Basis-Notfallversorgung nach G-BA-Stufe 1:** Es ist ein gesetzlicher Rahmen unterhalb der KINZ-Schwelle zu schaffen; Versorgungsrecht, Qualitätsmindeststandards und Vergütung sichern.
- **Keine Doppelstrukturen schaffen:** Die Öffnungszeiten der Notdienstpraxen haben sich entsprechend an der örtlichen Verfügbarkeit von niedergelassenen Kinder- und

Jungendärzten/-innen sowie am regionalen Bedarf zu orientieren. Es dürfen insbesondere keine Doppelstrukturen während der Öffnungszeiten von Kinder- und Jugendarztpraxen entstehen.

- **Aufwandsadäquate Finanzierung (§§ 75 Abs. 1b, 105 Abs. 1a/1b, 120 Abs. 1 SGB V):** Die Übernahme von Notfalldiensten durch Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin außerhalb der KV-Notdienstzeiten ist gängige Praxis. Die Finanzierung muss aufwandsadäquat garantiert werden. Die Vergütung der fachärztlichen Leistungen im Not- und Bereitschaftsdienst, wie sie derzeit im EBM festgelegtist, ist nicht kostendeckend und bei weitem zu niedrig. Für die Kliniken muss – wie für Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen in §105 (1b) geregelt – die gesetzliche Möglichkeit geschaffen werden, ebenfalls mit den Krankenkassen zusätzliche Mittel zweckgebunden zur Förderung von Strukturen des Notdienstes vereinbaren zu können.
- **Telemedizin**: ist ausschließlich als Arzt-zu-Arzt-Konsil vorzusehen; die Verfügbarkeit, Qualität, Dokumentation und Vergütung ist in Vereinbarung nach § 367 Abs. 1 verbindlich zu regeln. Ein aufsuchender Dienst (in der Pädiatrie nicht mehr praktiziert) oder ein ganztägiger Hausbesuchsdienst durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (medizinisch nicht erforderlich und personell nicht realisierbar) ist abzulehnen; abzulehnen sind auch 24/7-Dienste aus der vertragsärztlichen Versorgung parallel zu Praxisöffnungszeiten oder ein 24/7-Videodienst für Eltern (personell nicht realisierbar).
- **Medikamentenabgabe:** Es ist äquivalentes Dispensierrecht für KINZ wie für INZ-Notdienstpraxen umzusetzen; die Finanzierung der Vorhaltung und Herausgabe muss geklärt werden.
- **Pädiatrische Standards im Rettungsdienst:** Es sind verbindliche Mindeststandards für pädiatrische Notfallkompetenz in der bundeseinheitlichen Rettungsdienstrahmen-regelung festzulegen.
- **Begrenzung der „Notfall"-Versorgung:** Eine verbindliche Steuerung in die Regelversorgung, wo immer möglich, ist anzustreben; keine Ausweitung, sondern eine Konzentration auf zeitkritische Vorstellungsanlässe muss das Ziel sein; neue Angebote sollten nur im Rahmen vorhandener personeller Ressourcen ermöglicht werden.
- **Auswirkungsanalyse:** Im Gesetzgebungsverfahren ist eine Auswirkungsanalyse vorzusehen, die den regionalen Bedarf sowie eine realistische Einschätzung der verfügbaren pädiatrischen Personalressourcen und der realistisch aufbaubaren KINZ-Anzahl in Deutschland abbildet.
- **Information der Bevölkerung und Patientensteuerung:** Hilfesuchende und Eltern sind über Zuständigkeiten, Abläufe und die verbindliche Wirkung der Ersteinschätzung zu informieren. Die Verantwortung für eine sachgerechte Inanspruchnahme darf nicht einseitig auf die Leistungserbringer verschoben werden.

Konkrete Forderungen mit Begründungen

1. Verbindliche pädiatrisch validierte Ersteinschätzung (§ 123c SGB V-E)

Die Ersteinschätzung muss zugangswegunabhängig gelten – über 112, 116 117, ZNA, KINZ oder Bereitschaftsdienst – und für Versicherte verbindlichen Charakter haben. Standardisierte Erwachsenen-Triagesysteme sind für Kinder ungeeignet (abweichende Vitalparameter-Normwerte, Schmerzerfassung, Symptomgewichtung). § 123c, Absatz 1 SGB V-E verpflichtet den G-BA aber lediglich zu einer Richtflinie für eine Ersteinschätzung für Erwachsene. Die geplante G-BA-Richtlinie muss ein pädiatrisch validiertes System vorschreiben; eine standardisierte Abfrage soll perspektivisch KI-gestützt erfolgen. Die Entscheidung ist digital zu dokumentieren. Die Aufbaukosten der Akutleitstellenstrukturen sind von GKV und PKV zu tragen. Gesetzlich vorzugeben ist ein viergliedriger Behandlungspfad: (1) Sofortiger Notfall – unmittelbare Behandlung/stationäre Aufnahme. (2) Dringend – Versorgung innerhalb 24 Stunden. (3) Mittelfristig – Verweis in die Regelversorgung. (4) Nicht behandlungsbedürftig – kein ärztlicher Kontakt.

2. KINZ und KV-Sicherstellungsauftrag (§§ 123b, 75 Abs. 1b SGB V-E)

G-BA-Stufe-2-Standorte verfügen über pädiatrischen Präsenzdienst rund um die Uhr, spezialisierte Kinderkrankenpflege und Intensivkapazitäten. Ein KINZ-Aufbau ist dort strukturell möglich, verhältnismäßig und medizinisch geboten; § 123b Abs. 1, Satz 1, SGB V-E ist für diese Standorte daher von einer Kann- in eine Sollte-Regelung zu überführen. KINZ sind strukturell und baulich von INZ zu trennen und möglichst an Kliniken mit Kinder- und Jugendchirurgie anzusiedeln; Investitionen finanzieren die Länder.

An G-BA-Stufe-1-Standorten mit etablierter KV-Notfallpraxis sollten KINZ aufgebaut werden, sofern die Erreichbarkeit nach § 123a Abs. 1 Satz 8 SGB V-E es erfordert. Wo eine KV-Notdienstpraxis nicht realisierbar ist, sind lokal individuelle Modelle durch den erweiterten Landesausschuss zu genehmigen. Ist die Klinik die einzige Anlaufstelle, muss eine ausreichende Finanzregelung sichergestellt werden. Der Sicherstellungsauftrag für den Notdienst zu sprechstundenfreien Zeiten liegt gemäß § 75 Abs. 1b SGB V bei den KVen – das schließt die Einrichtung von verpflichtenden Doppelstrukturen zu Sprechstundenzeiten aus. Die Übernahme durch Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin außerhalb der KV-Notdienstzeiten ist gängige und anerkannte Praxis. Die Finanzierung muss jedoch aufwandsadäquat garantiert werden: Neue Strukturen dürfen die bestehende Minderfinanzierung nicht zementieren. Die für die KINZ-Zuweisung zuständigen Landesausschüsse müssen bei ihren Entscheidungen über Aufbau, Standortzuweisung und Anforderungen von KINZ pädiatrischen Sachverstand einbeziehen; ohne kinder- und jugendmedizinische Fachkompetenz im Verfahren sind sachgerechte Versorgungsentscheidungen nicht zu gewährleisten.

3. Basis-Notfallversorgung an G-BA-Stufe-1-Standorten

Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin mit G-BA-Notfallstufe 1 leisten eine unverzichtbare wohnortnahe Notfallversorgung. Der Entwurf enthält keinen eigenständigen Rahmen für pädiatrische Basisversorgung unterhalb der KINZ-Schwelle. Diese Kliniken müssen auch ohne KINZ-Zertifizierung Kinder und Jugendliche in Notfallsituationen behandeln dürfen und hierfür angemessen vergütet werden. Je nach regionalen Gegebenheiten muss eine niedrigschwellige Herausgabe von Medikamenten ermöglicht und deren Finanzierung geklärt werden; ein KINZ-äquivalentes Dispensierrecht ist explizit zu verankern.

4. Telemedizin und aufsuchende Versorgung (§ 123 Abs. 3 SGB V-E)

Die Auffangregelung ist aussschließlich als Arzt-zu-Arzt-Konsil auszugestalten – nicht als Anlaufstelle für Eltern. Neue 24/7-Dienste aus der vertragsärztlichen Versorgung parallel zu Praxisöffnungszeiten sind weder erforderlich noch realisierbar: Ein telefonisches und videogestütztes 24/7-Angebot „auch durch Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen“ würde die knappen personellen Ressourcen überfordern. Dennoch können nach einer obligatorischen strukturierten Ersteinschätzung in bestimmten Fällen Videosprechstunden einen Bestandteil der zukünftigen Notfallversorgung darstellen. Es konnte gezeigt werden, dass dadurch nicht-erforderliche Arzt-Patientenkontakte in Präsenz in Notdienstpraxen/Notaufnahmen vermieden werden können. Essentiell ist, dass auch der Zugang zur Videosprechstunde durch die strukturierte Ersteinschätzung gesteuert wird.Die Vereinbarung nach § 367 Abs. 1 muss definierte Verfügbarkeitszeiten, Qualitätsstandards und Vergütung verbindlich regeln. Die telemedizinische Auffangregelung darf nicht als Argument dienen, den KINZ-Aufbau an G-BA-Stufe-2-Standorten zu unterlassen.

5. Vergütung und Rettungsdienst

Die ambulante Notfallversorgung ist strukturell unterfinanziert. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Jahresgutachten 2018 „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung" die strukturelle Unterfinanzierung der klinischen Notfallversorgung explizit benannt und als reformbedürftig eingestuft. *§ 105 Abs. 1a SGB V verpflichtet jede KV zur Bildung eines Strukturfonds (0,1–0,2 % der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung), den die Krankenkassen in gleicher Höhe aufstocken. Die Fondsmittel sind nicht zweckgebunden für die Notfallversorgung, sondern dienen der allgemeinen Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (u. a. Niederlassungsförderung, Zweigpraxen, Eigeneinrichtungen). Über § 105 Abs. 1b SGB V können zusätzlich Beträge optional zweckgebunden zur Förderung der Notdienststrukturen vereinbart werden – eine in der Praxis genutzte, aber gesetzlich nicht verpflichtende Möglichkeit* Die ZNA und KINZ der Kinderkliniken erhalten für die ambulante Notfallbehandlung nur EBM nach § 120 Abs. 1 SGB V – ohne Vorhaltefinanzierung. § 120 Abs. 1a SGB V, die einzige pädiatriespezifische Ergänzung in § 120, bleibt hier ohne Wirkung: Sie gilt ausschließlich für überweisungsbasierte ambulante Behandlungen in Spezialambulanzen und greift bei der ungeplanten Notfallvorstellung nicht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen – nicht jedoch die Kliniken -

haben die Möglichkeit, nach §105 (1b) mit den Krankenkassen zusätzliche Mittel zur Förderung der Strukturen des Notdienstes zu vereinbaren. Um diese Asymmetrie auszugleichen, muss eine vergleichbare Regelung auch für die Kliniken geschaffen werden. Die Finanzierungslücke für die pädiatrische Notfallversorgung in Kliniken ist relevant. Diese Unterfinanzierung muss durch eine Vorhaltekomponente vollständig refinanziert werden; alle G-BA-Notfallstufen sind gleichwertig mit Zuschlägen zu versehen. Im Rettungsdienst fehlen verbindliche Mindeststandards für pädiatrische Notfallkompetenz; diese sind in der Rettungsdienstrahmenregelung zu verankern.

Die unterzeichnenden Verbände betonen: **Neue Strukturen müssen den vorhandenen personellen Ressourcen der Pädiatrie entsprechen – das Personal für eine Ausweitung der Notfallversorgung gibt es nicht. Ebenso wichtig wie der KINZ-Aufbau ist, dass der Entwurf der Ausweitung des „Notfall"-Begriffs einen Riegel vorschiebt: konsequente Steuerung in die Regelversorgung, wo immer möglich. Die unterzeichnenden Verbände erwarten, dass der Deutsche Bundestag im parlamentarischen Verfahren beide Weichenstellungen vornimmt.**

Stellungnahme 30.10.2024:

https://www.dgkj.de/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Politische_Stellungnahmen/241030_SN_KuJM_KabE_NotfallG.pdf

Stellungnahme 04.12.2025:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP21/Notfallreform/DGKJ_BVKJ_DGKJCH_DIVI_GNPI_GKinD_VLKKD_Stellungnahme_RefE_Notfallreform.pdf

Kontakt:
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)
Prof. Dr. med. Michael Hubmann, Präsident | www.bvkj.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser, Präsidentin, PD Dr. Burkhard Rodeck, Generalsekretär | www.dgkj.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie (DGKJCH)
Prof. Dr. Guido Seitz, Präsident | www.dgkjch.de

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
Prof. Dr. Florian Hoffmann, Präsident | www.divi.org

Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und -abteilungen in Deutschland e.V. (GKinD)
Dr. Bernhard Hoch, Geschäftsführer | www.gkind.de

Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI)
Prof. Dr. Michael Zemlin, Präsident | www.gnpi.de

Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD) Prof. Dr. Andreas Trotter, Präsident | www.vlkkd.de