Formulierungsvorschläge zur Notfallreform – Synopse zu 260703_SNKJM_Notfallreform.pdf (Stellungnahme mit Begründungen)

Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drs. 21/6808) – konkrete Formulierungsvorschläge je §; ausführliche Begründungen s. Stellungnahme vom 03.07.2026 (260703_SN KJM_Notfallreform.pdf)

Legende: „SGB V-E" = durch den Gesetzentwurf neu eingefügte bzw. neu nummerierte Vorschrift (noch nicht geltendes Recht); „SGB V" (ohne -E) = bereits geltende Vorschrift, die durch den Entwurf nur in einzelnen Absätzen/Sätzen geändert wird.

Nr.	§ (Entwurf)	Formulierungsvorschlag	Begründung (260703_SN KJM_Notfallreform.pdf)
1	§ 75 Abs. 1b Satz 5 Nr. 2 und 3 SGB V	In § 75 Abs. 1b Satz 5 Nummer 2 die Wörter „, auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin," streichen; Nummer 3 („einen 24 Stunden täglich verfügbaren aufsuchenden Dienst") für die Kinder- und Jugendmedizin streichen. Die Verpflichtung zu einem 24/7-Videosprechstunden- und aufsuchenden Dienst durch Pädiater:innen ist personell nicht realisierbar und in der Pädiatrie nicht mehr praktiziert.	Nr. 4, S. 5 (Begründung: 24/7-Angebot personell nicht realisierbar; aufsuchender Dienst in der Pädiatrie nicht mehr praktiziert)
2	§ 75 Abs. 1c Satz 3 SGB V	Ergänzen: „…auf der Grundlage des in Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 genannten bundesweit einheitlichen, standardisierten und für Kinder und Jugendliche validierten und geeigneten Ersteinschätzungsverfahrens…"	Nr. 1, S. 4 (Begründung: Erwachsenen-Triage für Kinder ungeeignet; pädiatrisch validiertes System erforderlich)
3	§§ 75 Abs. 1b, 105 Abs. 1a/1b, 120 Abs. 1 SGB V	Neuer § 105 Abs. 1c: „Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin können mit den Krankenkassen zusätzliche, zweckgebundene Mittel zur Förderung von Notdienststrukturen vereinbaren; Abs. 1b gilt entsprechend." § 120 Abs. 1 ergänzen um eine Vorhaltekomponente für alle G-BA-Notfallstufen.	Nr. 5, S. 5–6 (Begründung: strukturelle Unterfinanzierung, SVR-Gutachten 2018; § 105 Abs. 1b bislang nur für KVen, nicht für Kliniken)
4	§ 123 SGB V-E	Keine Änderung. Sektorenübergreifende Vernetzung durch INZ und Rettungsdienst als GKV-Sachleistung wird begrüßt.	S. 1
5	§ 123 SGB V-E (Gesetzeszweck)	Ergänzen: „Ziel ist die verbindliche Steuerung in die Regelversorgung, wo immer medizinisch vertretbar; eine Ausweitung des Leistungsumfangs über zeitkritische Vorstellungsanlässe hinaus findet nicht statt; neue Angebote sind auf die vorhandenen personellen Ressourcen zu begrenzen."	S. 3 und Schlussabsatz, S. 6 (Begründung: Personal für Ausweitung nicht vorhanden; Begrenzung des „Notfall"-Begriffs so wichtig wie KINZ-Aufbau)
6	§ 123 Abs. 2 Satz 3 SGB V-E	Ergänzen: „Die zentrale Ersteinschätzungsstelle wendet hierfür das in § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 genannte bundesweit einheitliche, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren an." Für KINZ gilt dies über den Verweis in § 123b Abs. 2 entsprechend.	Nr. 1, S. 4 (Begründung: Ersteinschätzung muss zugangswegunabhängig – u. a. ZNA/KINZ – einheitlich sein)
7	§ 123 Abs. 2 Satz 1 SGB V-E	Neu fassen: „…trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene; diese umfasst neben der Versorgung innerhalb des Integrierten Notfallzentrums auch den Verweis in die ambulante Regelversorgung außerhalb des Integrierten Notfallzentrums sowie die Feststellung fehlender Behandlungsbedürftigkeit."	Nr. 1, S. 4 (Begründung: viergliedriger Behandlungspfad einschließlich Verweis Regelversorgung und Nichtbehandlungsoption)
8	§ 123 Abs. 6 SGB V-E / § 367 Abs. 1 SGB V	Ergänzen § 123 Abs. 6: „…eine Unterstützung durch telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche zu gewährleisten; die Unterstützung ist ausschließlich als Arzt-zu-Arzt-Konsil auszugestalten." Die Gewährleistungspflicht liegt beim KINZ; dieses kann niedergelassene Kinder- und Jugendärzt:innen im Rahmen freiwilliger, vergüteter Kooperationsverträge einbinden – eine pauschale persönliche 24/7-Verpflichtung nach § 75 Abs. 1b Satz 5 Nr. 2 ist davon zu unterscheiden und abzulehnen. Die Vereinbarung nach § 367 Abs. 1 regelt verbindlich Verfügbarkeit, Qualität und Vergütung; Videosprechstunden für Versicherte sind nur nachgelagert zur strukturierten Ersteinschätzung zulässig; ein 24/7-Hausbesuchs- bzw. Videodienst ist ausgeschlossen.	S. 2 (bereits umgesetzt: Telemedizinische Unterstützung von INZ ohne KINZ durch Kinder- und Jugendärzte); Nr. 4, S. 5 (Begründung: 24/7-Angebot personell nicht realisierbar; gesteuerte Videosprechstunde vermeidet unnötige Präsenzkontakte; Organisationsverantwortung beim KINZ statt pauschaler Pflicht für niedergelassene Pädiater:innen)

Nr.	§ (Entwurf)	Formulierungsvorschlag	Begründung (260703_SN KJM_Notfallreform.pdf)
9	§ 123a Abs. 1 Satz 1 SGB V-E	Ergänzen: „Die für die Zuweisung von KINZ-Standorten zuständigen Landesausschüsse haben bei ihren Entscheidungen über Aufbau, Standortzuweisung und Anforderungen von KINZ pädiatrische Sachkompetenz einzubeziehen.“	Nr. 2, S. 4 (Begründung: 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)
10	§ 123a Abs. 1 Satz 8 SGB V-E	Ergänzen: „Ist die Erreichbarkeit nach Satz 8 durch KV-Notdienstpraxis nicht sicherzustellen, entscheidet der erweiterte Landesausschuss über ein lokales Alternativmodell; ist die Klinik einzige Anlaufstelle, sichert die Entscheidung zugleich eine auskömmliche Finanzierung.“ KINZ an Stufe-1-Standorten möglichst mit Kinder- und Jugendchirurgie bzw. telemedizinischer Anbindung.	Nr. 2, S. 4–5 (Begründung: Sicherstellungsauftrag § 75 Abs. 1b liegt bei KVen; Übernahme durch Kinderkliniken ist gängige Praxis, muss aber aufwandsadäquat finanziert werden)
11	§ 123a SGB V-E (Ergänzung)	Ergänzen: „KVen und Krankenkassen informieren Versicherte in geeigneter Form über Zuständigkeiten, Abläufe und die verbindliche Wirkung der Ersteinschätzung.“	S. 3 (Kritische Punkte „Information der Bevölkerung und Patientensteuerung“)
12	§ 123a Abs. 2 Satz 5 SGB V-E	Ergänzen: „Abseits von Ballungszentren können die in Satz 5 genannten Öffnungszeiten der Notdienstpraxis nicht durchgängig durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzt:innen sichergestellt werden; die Kooperationsvereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 kann insoweit abweichende, an der regionalen Versorgungsrealität orientierte Öffnungszeiten festlegen.“	S. 2–3 (Kritische Punkte „Keine Doppelstrukturen schaffen“)
13	§ 123b Abs. 1 Satz 1 SGB V-E	„kann“ durch „soll“ ersetzen für G-BA-Stufe-2-Standorte; ergänzen: „Das KINZ ist strukturell und baulich getrennt vom INZ zu betreiben; die Investitionskosten trägt das jeweilige Land.“	Nr. 2, S. 4 (Begründung: Stufe-2-Standorte verfügen über pädiatrischen 24/7-Präsenzdienst, Intensivkapazitäten – KINZ dort strukturell geboten)
14	§ 123b Abs. 2, § 123c Abs. 1 SGB V-E	Klarstellen in § 123c Abs. 1: „Die Ersteinschätzungsrichtlinie für Erwachsene findet auf Kinder und Jugendliche keine Anwendung.“ § 123b Abs. 2 ergänzen um: fachärztliche Leitung, altersgerechte Infrastruktur, integrierte KV-Notfallpraxis, Kooperationsverträge mit Intensivstation/Kinder- u. Jugendchirurgie sowie niedergelassenen Fachärzt:innen im Einzugsgebiet.	S. 2 (Kritische Punkte „Mindestanforderungen für KINZ“); Zusammenhang mit Nr. 1, S. 4
15	§ 123b SGB V-E (neuer Absatz)	Neuer Absatz: „Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin der G-BA-Notfallstufe 1 erbringen die ambulante Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen auch ohne KINZ-Zertifizierung; Versorgungsrecht, Qualitätsmindeststandards und aufwandsadäquate Vergütung werden sichergestellt.“	Nr. 3, S. 5 (Begründung: Entwurf enthält keinen eigenständigen Rahmen für pädiatrische Basisversorgung unterhalb der KINZ-Schwelle)
16	§ 123b SGB V-E (Ergänzung)	Ergänzen: „Die Öffnungszeiten der Notdienstpraxis orientieren sich an der örtlichen Verfügbarkeit niedergelassener Kinder- und Jugendärzt:innen und am regionalen Bedarf; während deren Sprechstundenzeiten dürfen keine Doppelstrukturen aufgebaut werden.“	S. 2–3 (Kritische Punkte „Keine Doppelstrukturen schaffen“)
17	§ 123b SGB V-E (Ergänzung)	Ergänzen: „Für KINZ gilt ein Dispensierrecht entsprechend dem der Notdienstpraxen der INZ; Vorhaltung und Herausgabe von Medikamenten werden aufwandsadäquat finanziert.“	S. 3 (Kritische Punkte „Medikamentenabgabe“); im Zusammenhang mit Nr. 3, S. 5
18	§ 123c Abs. 1 SGB V-E	Ergänzen: „Für Kinder und Jugendliche beschließt der G-BA ein eigenständiges, pädiatrisch validiertes Ersteinschätzungssystem, das zugangswegunabhängig (112/116117/ZNA/KINZ/Bereitschaftsdienst) einheitlich und für Versicherte verbindlich ist und einen viergliedrigen Behandlungspfad vorsieht: (1) sofortiger Notfall, (2) dringend – binnen 24 Std., (3) Verweis in die Regelversorgung, (4) keine Behandlungsbedürftigkeit.“ Ferner: digitale Dokumentation der Entscheidung über alle Zugangswege; perspektivisch KI-gestützte Abfrage; Leitstellenaufbaukosten je hälftig durch GKV/PKV.	Nr. 1, S. 4 (Begründung: Erwachsenen-Triage für Kinder ungeeignet; § 123c Abs. 1 verpflichtet G-BA bislang nur zu Richtlinie für Erwachsene)
19	§ 133a SGB V-E	Keine Änderung. Gesundheitsleitsystem (112/116117) als integrierte Leitstelle ohne Parallelstrukturen wird begrüßt.	S. 1–2
20	Rettungsdienstrahmenregelung	Verbindliche Mindeststandards für pädiatrische Notfallkompetenz in die bundeseinheitliche Rettungsdienstrahmenregelung aufnehmen.	Nr. 5, S. 6 (Begründung: im Rettungsdienst fehlen bislang verbindliche pädiatrische Mindeststandards)

Nr.	§ (Entwurf)	Formulierungsvorschlag	Begründung (260703_SN KJM_Notfallreform.pdf)
21	Gesetzesbegründung / Berichtspflicht	Aufnahme einer Auswirkungsanalyse zu regionalem Bedarf, verfügbaren pädiatrischen Personalressourcen und realistisch aufbaubarer KINZ-Zahl vor Inkrafttreten der Rechtsverordnungen/G-BA-Richtlinien.	S. 3 (Kritische Punkte „Auswirkungsanalyse“)

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

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drs. 21/6808)

Aktualisierte Fassung für das parlamentarische Verfahren, Stand 03.07.2026

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 Krankheits-präsentation 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