

**Stellungnahme des
Bundesverbandes der Ärztlichen
Leitungen Rettungsdienst
Deutschland e.V.**

**Zur Notfallreform
(Bearbeitungsstand 31.03.2026)
- Langversion -**



vom 26.05.2026

Neue Strukturen und Finanzierungen bieten Chancen – wenn sie denn tragen!

Das vom Kabinett beschlossene *Gesetz zur Reform der Notfallversorgung* und das parallel entwickelte *GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz* verändern Finanzierung und Struktur von Rettungsdienst sowie der gesamten Akut- und Notfallversorgung tiefgreifend.

Aus unserer Sicht ist insbesondere die Reform der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und die Sicherstellung einer differenzierten Finanzierung von Rettungsdienst-Leistungen grundsätzlich zu begrüßen und überfällig.

Für die Umsetzung in der Praxis ist allerdings entscheidend, ob die vorgeschlagenen Regelungen die Akut- und Notfallversorgung unter den Bedingungen einer alternden Gesellschaft, einer ausdünnenden ambulanten Versorgung, einer sich verändernden Krankenhauslandschaft und eines steigenden Pflegebedarfs tragfähig absichern können.

Die Aufnahme der Notfallrettung als eigenen Leistungsbereich in das SGB V im neuen §30 bietet endlich die Möglichkeit der Refinanzierung der ambulanten Patientenversorgung durch Rettungsdienstfachpersonal. Bisher bestand für Einsätze ohne anschließenden Transport ins Krankenhaus keine Möglichkeit der Finanzierung. Die Schließung dieser Finanzierungs-Lücke steht nun in Aussicht.

Engster Finanzrahmen und wegfallende Tarifierungen ersticken die Entwicklung

Ergänzend zur Notfallreform wurde zusätzlich und parallel das *GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz* (BStabG) auf den Weg gebracht. Mit der in den Reformgesetzen vorgesehenen bundesweiten Anwendung des § 71 soll sichergestellt werden, dass die Ausgaben der Krankenkassen nicht schneller steigen als die beitragspflichtigen

DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: MARC ZELLERHOFF;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

WWW.AELRD.DE

Einnahmen. Das Gesundheits-Ministerium erhofft sich dadurch deutliche Senkung der Gesundheitskosten (laut Medienberichten rund 16 Mrd. €) – diese Einsparungen sollen auch im Rettungsdienst erbracht werden.

Hierzu werden Preisvereinbarungen als Höchstpreise ausgestaltet und im Fall von landesrechtlich oder kommunalrechtlich festgesetzten Rettungsdienst-Entgelten können Krankenkassen ihre Leistungspflicht auf Festbeträge begrenzen. Als Begründung hierfür soll es ausreichen anzuführen, dass die Kalkulation des Rettungsdienstes nicht ausreichend erörtert wurde, mutmaßlich systemfremde Kosten eingepreist sind, die Leistungserbringung als unwirtschaftlich erscheint oder allgemeine Maßgaben des § 71 SGB V nicht eingehalten werden.

Der Mechanismus der Grundlohnsummenbindung in § 71 SGB V geht auf das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 zurück, dass seit dem 1. Januar 1993 wirksam ist (vgl. Bundesgesetzblatt 1992, S. 2266; § 71 SGB V). Im Rettungsdienst zur Anwendung kommt der § 71 bislang nur in Teilen der Bundesrepublik. Dort müssen in Entgeltverhandlungen Finanzierungen vereinbart, und entstehende Defizite durch Kommunal- oder Landesfinanzierung ausgeglichen werden. In der nun vorgelegten Reformgesetzgebung soll einerseits die Anwendung bundesweit erfolgen und andererseits zusätzlich die Refinanzierung von Tariferhöhungen der Beschäftigten im Rettungsdienst zukünftig wegfallen (§ 71 Abs. 3 SGB V, § 10 Absatz 6 KHEntgG). Eine derartige Verschärfung lässt erwarten, dass eine Einschränkung der Notfallversorgung in Kauf genommen werden soll, obwohl das Ministerium im BStabG nachweislos behauptet, die *„Empfehlungen sind geeignet, das hohe Ausgabenwachstum ohne Einschränkungen der Versorgungsqualität zu senken und die vorhandenen Mittel effizienter einzusetzen.“*

Unser Vorschlag: Differenzierung statt Gießkannen-Anwendung des § 71

Für die Finanzierung der Rettungsdienstsysteme entsteht durch die Anwendung von § 71 das Risiko, dass Entgelte nicht mehr vollständig refinanziert werden und strukturell notwendige Vorhaltekosten ungedeckt bleiben. Ein effizienter Ansatz wäre, Bereiche mit Einsparpotential klar zu identifizieren und dort gezielte Veränderungen herbeizuführen.

Eine Gesundheitsversorgung im Akut- und Notfall braucht immer funktionale Auffangstrukturen und kann nicht folgenlos beliebig beschnitten werden. Die bis etwa 2040 absehbar ansteigenden Akut- und Notfallversorgungs-Bedarfe benötigen auch während eines Reform-Prozesses tragfähige, stabile und handlungssichere Strukturen. Die derzeitig geplanten

DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: MARC ZELLERHOFF;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

WWW.AELRD.DE

Einsparungen nach dem „Gießkannen-Prinzip“ werden zu ungeplanten Insolvenzen bei Gesundheitsdienstleistern, dem Rückzug von Rettungsdienst-Organisationen und dem Kollabieren der Notfallversorgung führen, und zwar beginnend vor allem in den dünnbesiedelten Regionen, die derzeit am wenigsten über infrastrukturelle Reserven verfügen.

Verhängnisvolle Koppelung der geplanten gesetzlichen Mechanismen

Bei allem Verständnis für die finanzielle Situation im Gesundheitswesen: Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz erhöht das Risiko erheblicher Finanzierungslücken und zugleich raubt die Notfallreform über ihre enge Definition kalkulationsfähiger Kosten den Spielraum zur Entwicklung einer umfassenden Daseinsvorsorge durch den Rettungsdienst.

Der Rettungsdienst kann medizinisch notwendige Vorhaltung nicht allein durch eine betriebswirtschaftliche Betrachtung einzelner Einsätze beschreiben: Reservekapazitäten, Leitstellen, Qualitätssicherung, Supervision, Fortbildung und resiliente Flächenabdeckung sind keine bloßen Nebenkosten, sondern Voraussetzungen sicherer notfallmedizinischer Versorgung.

Herausforderungen im Rettungsdienst: Notfallreform muss angepasst werden

Das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung verfolgt einen deutlich ordnenden Ansatz: Die medizinische Notfallrettung, mit ihren drei Anteilen Notfallmanagement, Notfallversorgung und Notfalltransport, wird als eigener Leistungsbereich im SGB V gefasst. Die notfallmedizinische Versorgung der Versicherten durch den Rettungsdienst wird ausdrücklich als sozialrechtlicher Leistungsanspruch definiert und damit der medizinische Kern des Rettungsdienstes rechtlich schärfer gefasst. Das ist notwendig, da die Notfallrettung nicht nur den Transport, sondern auch die akute Diagnostik, Therapieeinleitung und patientenbezogene medizinische Entscheidung unter besonderen Bedingungen umfasst. Zugleich sollen Kosten, die über den Leistungsanspruch nach § 30 SGB V hinausgehen, nicht in die Entgeltkalkulation einbezogen werden dürfen. Hinzu kommen eine einheitlichere Vertragsstruktur, Schiedsstellenmechanismen und eine gesonderte Pauschalfinanzierung der Leitstellen.

Aus unserer Sicht ist dieses grundsätzlich sachgerecht, weil Transparenz und Systemsteuerung gestärkt werden. Zugleich besteht aber die Gefahr, dass notwendige Vorhaltungen, Sicherheitsreserven und sektorenübergreifende Koordinationsleistungen nur unzureichend abgebildet werden, wenn nicht Bund, Länder und Kommunen zeitgleich eine ergänzende Finanzierung bereitstellen.

DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: MARC ZELLERHOFF;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

WWW.AELRD.DE

Die Neuordnung der Rettungsdienst-Leistungsbereiche darf nicht mit einer vollständigen Loslösung des Rettungswesens von Gefahrenabwehr und Daseinsvorsorge verwechselt werden. Der Rettungsdienst in Deutschland erfüllt eine Doppelfunktion: Er ist einerseits Teil der Gesundheitsversorgung, andererseits Teil staatlicher Sicherheits- und Vorhaltestrukturen.

Bleibt die rettungsdienstliche Leistung im SGB V so eng wie vorgesehen und allein als Notfallbehandlung einzelner Patienten definiert, droht die Gefahr, dass Vorhaltung, Struktur-Resilienz, Flächenabdeckung, Großschadensvorsorge und kommunale Steuerungsverantwortung als „systemfremd“ aus der Finanzierung gedrängt werden und Strukturen der Notfallversorgung verkümmern.

Rettungsdienst muss auffangen, was zunehmend zusammenbricht

Hierbei ist besonders relevant, dass der Rettungsdienst in den kommenden Jahren voraussichtlich deutlich häufiger Leistungsreduktionen auffangen muss, die aus gleichartigen Herausforderungen in allen Sektoren resultieren: Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung projiziert bis 2040 ein jährliches Defizit von rund 2.500 ärztlichen Nachbesetzungen; der ambulante Versorgungsgrad könnte auf 74% des heutigen Niveaus absinken. Damit wächst das Risiko, dass der Rettungsdienst weiter zunehmend bei Fällen in Anspruch genommen wird, die nicht immer vital bedrohlich, aber im Gesamtsystem anders nicht zeitgerecht lösbar sind. Aus medizinischer Sicht müssen daher auch Steuerungs-, Triage- und Verweisungsleistungen als genuiner Teil moderner Notfallrettung verstanden und entwickelt werden.

Hinzu kommt die Entwicklung der Krankenhauslandschaft. Die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland hat sich zwischen 1995 und 2023 von 2.325 auf 1.874 Einrichtungen verringert. Brancheneinschätzungen halten innerhalb von zehn Jahren bis zu 20 Prozent weniger Klinikstandorte für realistisch. Für den Rettungsdienst bedeutet dies längere Transportwege, höhere Bindungszeiten der Einsatzmittel, steigende Anforderungen an die Wahl geeigneter Zielkliniken und einen höheren Bedarf an regional abgestimmten Ausweich- und Umverteilungskonzepten.

Auch die Entwicklung der ambulanten Pflege wird die Einsatzrealität des Rettungsdienstes bis 2040 verändern. Mit dem demografisch bedingten Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen ist mit mehr Einsätzen in komplexen geriatrischen und pflegeassoziierten Konstellationen zu rechnen, etwa bei Sturzereignissen, Exsikkose, Delir, Infektionen, Medikationsproblemen oder Krisen an den Schnittstellen zwischen Pflege,

DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: MARC ZELLERHOFF;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

WWW.AELRD.DE

Hausarztversorgung und Krankenhaus. Der Deutsche Pflegerat verweist unter Bezug auf das Statistische Bundesamt auf einen deutlichen langfristigen Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen; weitere Projektionen rechnen bereits bis 2040 mit etwa 5,6 Millionen Pflegebedürftigen. Für den Rettungsdienst bedeutet das mehr komplexe, zeitaufwendige und kommunikativ anspruchsvolle Einsätze bei gleichzeitig wachsendem Personal- und Qualifikationsdruck.

Personalspezifisch treffen beide Gesetzesvorhaben den Rettungsdienst daher in einer Phase hoher Vulnerabilität. Jede Verengung kalkulationsfähiger Kosten wirkt unmittelbar auf Personalbemessung, Freistellungen für Fortbildung, Praxisanleitung, Qualitätsmanagement, psychosoziale Unterstützung und ärztliche Systemsteuerung. Aus unserer Sicht muss klar benannt werden, dass Personalentwicklung und medizinische Qualitätssicherung keine fakultativen Gemeinkosten, sondern regelhaft zu finanzierende Kernelemente eines leistungsfähigen Rettungsdienstes sind.

Eine Gesetzgebung, die primär auf Preisgünstigkeit und enge Kostenabgrenzung abstellt, ohne die real eintretende Verschiebung von Nachfrage und Verantwortung mitzudenken, riskiert eine strukturelle Überforderung des Systems.

Aus Sicht des BV ÄLRD e.V. ist das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz daher vor allem als Unterfinanzierungsrisiko bei fortbestehender Sicherstellungsverantwortung zu bewerten. Das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung ist strukturell überzeugender, weil es Transparenz, Koordination und Systemsteuerung besser adressiert. Tragfähig wird diese Doppel-Reform jedoch nur dann sein, wenn Vorhaltung, Leitstellen, Personalentwicklung, regionale Steuerung und die Folgen der ambulanten, stationären und pflegerischen Strukturveränderungen bis 2040 als regelhafte und refinanzierungsfähige Bestandteile des Rettungsdienstes anerkannt werden.

Quellen:

Gesetzentwurf § 133 SGB V GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, Stand 29.04.2026.

Gesetzentwurf § 133 SGB V Notfallreformgesetz, Stand 29.04.2026.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Ambulanter Versorgungsgrad droht bis 2040 auf 74 Prozent des heutigen Niveaus abzusinken.

Ärzte Zeitung: Zi: Bis 2040 fehlen ambulant jedes Jahr 2.500 Ärzte.

Deutscher Pflegerat: Zahlen und Fakten zur Pflege in Deutschland.

Analyse zur Pflegeentwicklung und Projektionen bis 2040.

Deutscher Bundestag: Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser in Deutschland.

Sozialpolitik-aktuell: Entwicklung der Krankenhausversorgung 1995–2023.

Sachverständigenstellungnahme zur Notfallversorgung im Bundestag, mit Einordnung der rettungsdienstlichen Leistungen im SGB V.

Bundesrechnungshof: Reform der Notfallversorgung, Einordnung der medizinischen Notfallrettung als Teil der Krankenbehandlung.

DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: MARC ZELLERHOFF;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

WWW.AELRD.DE

Deutsche Stiftung Patientenschutz / Steiger-Stiftung: Finanzierung und Verankerung rettungsdienstlicher Notfallbehandlung im SGB V.

Deutscher Städtetag: Rettungsdienst als Teil von Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr.

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände: Ablehnung einer isolierten Verankerung der Notfallrettung im SGB V.

DFV direkt: Heilkundliche Maßnahmen durch Notfallsanitäter/innen.

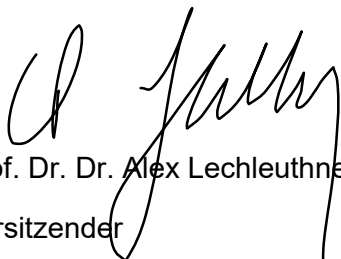
Recht im Rettungsdienst: Heilkunde und heilkundliche Maßnahmen im Rettungsdienst.

Sie finden diesen Text unter Stellungnahmen auf der Homepage des BV ÄLRD e.V. unter:

<https://www.bv-aelrd.de/course/view.php?id=4>

Friedberg / Köln, den 26.05.2026

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dr. Alex Lechleuthner

Vorsitzender



Marc Zellerhoff

Stellvertretender Vorsitzender



Prof. Dr. Reinhold Merbs

Bundesgeschäftsführer

DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: MARC ZELLERHOFF;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

WWW.AELRD.DE