
Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e.V.

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

04. Dezember 2025

Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung vom 12. November 2025 beabsichtigt der Gesetzgeber, die drei zentralen notfallmedizinischen Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – zukünftig besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Die damit einhergehende Intention des Gesetzgebers, Fehlsteuerungen von Hilfesuchenden zu minimieren und deren „geregelt und verlässliche Übernahme“ durch eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten, wird vom Bundesverband Geriatrie e.V. uneingeschränkt geteilt und ausdrücklich unterstützt. Hierbei muss jedoch der demografischen Entwicklung der kommenden Jahre ausreichend Rechnung getragen werden und die altersmedizinische Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten stärker als bisher geplant auch im Bereich der Notfallversorgung umgesetzt werden.

Berücksichtigung besonderer notfallmedizinischer Bedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten

Daher weist der Bundesverband Geriatrie e.V. darauf hin, dass die mit dem Gesetz beabsichtigte Optimierung der notfallmedizinischen Versorgung zwingend einer angemessenen Berücksichtigung der besonderen Versorgungsbedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten – wie sie sich typischerweise aus notfallmedizinischen Akutereignissen, individuellen Kontextfaktoren und sich anschließenden Behandlungspfaden und -verläufen dieser Patientenklientel ergeben – bedarf. Im Sinne des mit dem Gesetzesentwurf explizit benannten Ziels, „für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen“, muss mit dem geplanten Gesetz zur Reform der Notfallversorgung eine regelhafte Verknüpfung und Einbindung geriatrischer Expertise und Versorgungskapazitäten in den integrierte Notfallzentren erfolgen.

Komplexe Behandlungssituationen und steigende Inanspruchnahme notfallmedizinischer Kapazitäten durch geriatrische Patientinnen und Patienten

Unbestritten ist, dass geriatrische Notfallpatientinnen und -patienten sich in vielfacher Hinsicht von jüngeren Patientinnen und Patienten unterscheiden: Regelmäßig haben geriatrische Patientinnen und Patienten eine deutlich schlechtere Prognose hinsichtlich Mortalität, Wiederherstellung des zuvor bestehenden Gesundheitsstatus und Erhalt der bestehenden sozialen Teilhabe. Maßgeblich hierfür ist die Komplexität, die sich u. a. aus der zumeist vorliegenden Multimorbidität ergibt sowie der erhöhten Vulnerabilität (Frailty). Werden jüngere Patientengruppen in der Regel mit einem singulären Krankheitsbild oder einer Verletzung in Notaufnahmen vorstellig oder eingeliefert, was nach der Behandlung in der Regel zu einer zeitnahen Wiederherstellung des ursprünglichen Gesundheitszustands führt, zeigen sich bei geriatrischen Patientinnen und Patienten regelhaft komplexe Krankheitsbilder. Bestehende Begleiterkrankungen

(Komorbiditäten), die häufig mit einer Polymedikation einhergehen, münden so regelmäßig in einer, durch ein Akutereignis ausgelösten, komplexen Behandlungssituation geriatrischer Patientinnen und Patienten. Die Geriatrie als altersmedizinische Fachdisziplin hat eine Reihe einschlägiger Assessment- und Screening-Instrumente entwickelt, die eine medizinische Berücksichtigung z. B. erhöhter Vulnerabilität (Frailty) oder altersspezifischer Risikokonstellationen (Delir, Sturz) im Behandlungsprozess ermöglichen.

Im Bereich der Polymedikation besteht die Besonderheit, dass im Alter Medikamente mitunter anders als in jüngeren Jahren wirken. Mit zunehmendem Alter verändert sich der Stoffwechsel. Nieren und Leber arbeiten langsamer oder anders, die Muskelmasse nimmt ab. Das beeinflusst die Wirkung der Medikamente bzw. die möglichen Nebenwirkungen.

Dabei stellen ältere Notaufnahmepatientinnen und -patienten, die am schnellsten und stärksten wachsende Population in der Notaufnahme dar. Der Anteil von Patientinnen und Patienten über 70 Jahre an der gesamten Notaufnahmepopulation liegt je nach Bevölkerungsstruktur bereits heute zwischen 24 und 40 Prozent¹. Mit der demografischen Entwicklung wird sich dieser Anteil zukünftig weiter erhöhen. Insbesondere wird es vermehrt hochaltrige Patientinnen und Patienten geben, sodass diese auch im Bereich der Notfallversorgung einen nicht geringen Anteil an Hilfesuchenden darstellen.

Die dargestellten besonderen Versorgungsbedarfe und ihre zukünftigen Entwicklungen gilt es bei der Reform der Notfallversorgung angemessen und bedarfsorientiert zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund nimmt der Bundesverband Geriatrie e.V. zu ausgewählten Inhalten des Referentenentwurfs eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung nachfolgend Stellung.

Ergänzung des § 123a Absatz 1 SGB V um eine integrierte „Geriatrie-Einheit“

Geriatrische Patientinnen und Patienten stellen aufgrund vieler Faktoren Hochrisikopatienten dar. Die Vorstellung dieses Patientenkontingents stellt in der Notaufnahme unabhängig von der zugrundeliegenden Problemstellung immer auch einen zusätzlichen negativen Faktor für den Verlauf hinsichtlich ihrer kognitiven und sonstigen Funktionalität, wiederholter Krankenhausaufnahmen und einer erhöhten Mortalität dar. Dabei birgt die Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme besondere fachliche sowie strukturelle Herausforderungen. So ist beispielsweise auch im Gegensatz zu jüngeren Personen ein erhöhter Einsatz personeller und zeitlicher Ressourcen erforderlich.

Der Referentenentwurf sieht vor, mit einem neu einzufügenden § 123b SGB V „Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche“ einzurichten. Demnach sollen perspektivisch spezifisch geeignete Standorte ausgewählt werden, an denen besondere notfallmedizinische Versorgungszentren für Kinder und Jugendliche bestehen. Wo die Einrichtung von speziellen integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nicht möglich ist, soll mindestens eine fachspezifische telemedizinische Unterstützung gewährleistet werden. Da auch geriatrische Patientinnen und Patienten eine eigenständige und zugleich relevante Patientengruppe bilden, ist es notwendig, in Analogie hierzu auch geriatrische Expertise in integrierten Notfallzentren

¹ Singler, K., Dormann, H. (2025). Zentrale Notaufnahmen und alte Menschen: Besondere Herausforderungen und Bedarfe. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C., Scheller-Kreinsen, D. (eds) Krankenhaus-Report 2025. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-70947-4_8

vorzuhalten. Die Analogie zur Kinder- und Jugendmedizin/Pädiatrie ist fachlich-medizinisch begründet, da es sich bei den geriatrischen Patientinnen und Patienten ebenfalls um eine eigenständige Gruppe von Menschen mit einem vom allgemeinen Versorgungsbedarf deutlich abweichendem Bedarf handelt. In Abgrenzung zur Kinder- und Jugendmedizin sind jedoch keine eigenständigen Integrierten Notfallzentren für Betagte und Hochbetagten versorgungsstrukturell sinnvoll. Vielmehr sind spezifische geriatrische Einheiten regelhaft in die Integrierten Notfallzentren zu integrieren.

Da nicht alle älteren Personen auch geriatrische Patientinnen bzw. Patienten mit einem altersmedizinischen Behandlungsbedarf darstellen, muss die altersmedizinische Kompetenz im Unterschied zur Pädiatrie unmittelbar in die allgemeine Struktur der Notfallzentren integriert werden.

Die geriatrische Kompetenz ist dabei erforderlich da bei geriatrischen Patientinnen und Patienten spezifische Instrumente zur Risikotifizierung und prognostischen Einschätzung in der Notaufnahme notwendig sind, um weiterführende Abklärungs- und Behandlungsstrategien sachgerecht planen zu können. Dabei sind unspezifische Beschwerden, wie z.B. eine allgemeine Schwäche oder eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes, bei älteren Menschen häufige Gründe für die Vorstellung in einer Notaufnahme. Unspezifische Beschwerden stellen bei geriatrischen Patientinnen und Patienten ein hohes Risikopotenzial dar und bedürfen einer fachspezifischen Abklärung. Auch bedürfen Demenz und ein erhöhtes Delirrisiko bereits in der Notaufnahme einen besonderen Behandlungsansatz. Daher ist es u. a. notwendig auch in der Notaufnahme einzelne Elemente des umfassendes geriatrischen Assessments – wie Frailty-Status, Kognition, Mobilität - zu integrieren und geriatrische Expertise direkt in dieser Phase der Notfallversorgung in die Behandlungsplanung zu integrieren. Nur so kann die notfallmedizinische Versorgung dieser wachsenden Personengruppe sachgerecht und bedarfsgerecht in relevanter Weise verbessert werden.²

Um geriatrische Expertise regelhaft in die Strukturen der Notfallzentren zu integrieren, sollten bei der Einrichtung von integrierten Notfallzentren neben der Basisnotfallversorgung für Erwachsene daher auch spezifische geriatrische Einheiten regelhaft vorgehalten werden. Hierfür ist der Gemeinsame Bundesausschuss gesetzgeberisch zu beauftragen, flächendeckend einheitliche Anforderungen an die strukturellen, personellen sowie prozessualen Abläufe der integrierten geriatrischen Einheiten zu definieren. Nur so kann perspektivisch sichergestellt werden, dass die Versorgung von Betagten und Hochbetagten der Versorgung von Jüngeren zum Beispiel in Bezug auf die Ersteinschätzung nicht nachsteht. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass Integrierte Notfallzentren ohne eine Leistungsgruppe Geriatrie am gleichen Standort bei der Behandlung von geriatrischen Patientinnen und Patienten für einen zeitlich begrenzten Übergangszeitraum durch die unmittelbare personelle Einbindung geriatrischer ärztlicher Kompetenz oder mindestens durch (telefonische oder telemedizinische) konsiliarische Unterstützung von externen Geriatrien erhalten. Regelhaft ist zudem auch ein spezieller geriatrisch adaptierter Raum für die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in jedem Notfallzentrum vorzuhalten.

Mit dem Ziel integrierte Geriatrie-Einheiten als festen Bestandteil von Integrierten Notfallzentren zu etablieren, sind der § 123a SGB V und der § 123c SGB V wie folgt zu fassen:

² Singler, K., Möckel, M (2024). Geriatrische Patienten in der Notaufnahme. In: Bauer J., Becker C., Denkinger M., Wirth R. (Hrsg.): Geriatrie. Das Spektrum der Altersmedizin für Klinik und Praxis, Stuttgart, ISBN 978-3-17-041794-6 (S. 102 – 109)

§ 123a Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

(1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a legt erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser fest, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet werden. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu beachten. Zur flächendeckenden Versorgung durch Integrierte Notfallzentren legt er zunächst geeignete Planungsregionen fest; dies kann bei Bedarf auch über Landesgrenzen hinweg geschehen. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für die Einrichtung eines Integriertes Notfallzentrums festgelegt werden, wenn

1. dieser Krankenhausstandort mindestens die Voraussetzungen der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), der zuletzt am 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3) geändert worden ist, erfüllt und

2. dieser Krankenhausstandort eine Leistungsgruppe Geriatrie vorhält und die in den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 123c Absatz 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V genannten Kriterien der integrierten geriatrischen Einheiten erfüllt. Für einen zeitlich begrenzten Übergangszeitraum bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres] kann der geriatrische Sachverstand abweichend zu Satz 1 durch die unmittelbare personelle Einbindung geriatrischer ärztlicher Kompetenz oder mindestens durch (telefonische oder telemedizinische) konsiliarische Unterstützung von externen Geriatrien erfolgen.

2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren überwiegen.

§ 123c Ersteinschätzung, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Richtlinie die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen. [...]

Die Richtlinie regelt zudem

1. Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der Leistungserbringer nach § 123 Absatz 1 Satz 6 in Integrierten Notfallzentren sowie der Kooperationspraxen,

2. Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung sowie an die prozessualen Abläufe der integrierten geriatrischen Einheiten.

2. Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung der nach Nummer 1 geregelten Mindestanforderungen und [...]

Explizite Benennung der Geriatrie als „notfallmedizinisch relevante Fachabteilung“

Der Bundesverband Geriatrie fordert aus den vorgenannten Gründen (hohe und absehbar steigende notfallmedizinische Versorgungsbedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten bei gleichzeitig regelhaft bestehenden komplexen Krankheitsbildern und -verläufen), neben den in der Begründung des Gesetzentwurfs als „notfallmedizinisch relevant“ benannten Fachabteilungen“ (Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie) und neben der im Gesetzestext explizit aufgeführten Psychiatrie die Geriatrie als gleichrangig zu betrachten und im Gesetz als „notfallmedizinisch relevante Fachabteilung“ auszuweisen.

Somit ist § 123a Absatz 1 Satz 6 SGB V wie folgt zu fassen:

„(1) [...] Wenn in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums gleich geeignet sind, sollen vorrangig Krankenhausstandorte als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt werden,

1. die die Voraussetzungen einer höheren Notfallstufe gemäß den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), der zuletzt am 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3) geändert worden ist, erfüllen oder eine nach anderen Kriterien, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,

2. die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten und

3. in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können.

Zu den notfallmedizinisch relevanten Fachabteilungen zählen auch die Psychiatrie und die Geriatrie. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann eine in Satz 1 genannte Festlegung abweichend von den Sätzen 5 bis 7 treffen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. [...]“

Die explizite Benennung der Geriatrie als „notfallmedizinisch relevante Fachabteilung“ soll im Sinne einer Klarstellung gewährleisten, dass die Definition notfallmedizinischer Relevanz nicht unbestimmt sein kann. Insbesondere für die altersmedizinische Versorgung muss gelten, dass diese nicht planungsbehördlichen Ermessensspielräumen über die Frage notfallmedizinischer Relevanz obliegen darf. Vielmehr muss – angesichts des sich abzeichnenden demografischen Wandels und des bereits heute gegebenen Aufkommens betagter und hochbetagter Patientinnen und Patienten in Notaufnahmen – berücksichtigt sein, dass eine spezifische altersmedizinische und flächendeckende Versorgung der regelhaften Einbindung der Geriatrie in die Notfallversorgung durch Krankenhäuser bedarf. Die Geriatrie ist somit ausdrücklich als „notfallmedizinisch relevant“ im Gesetz zu erwähnen.