



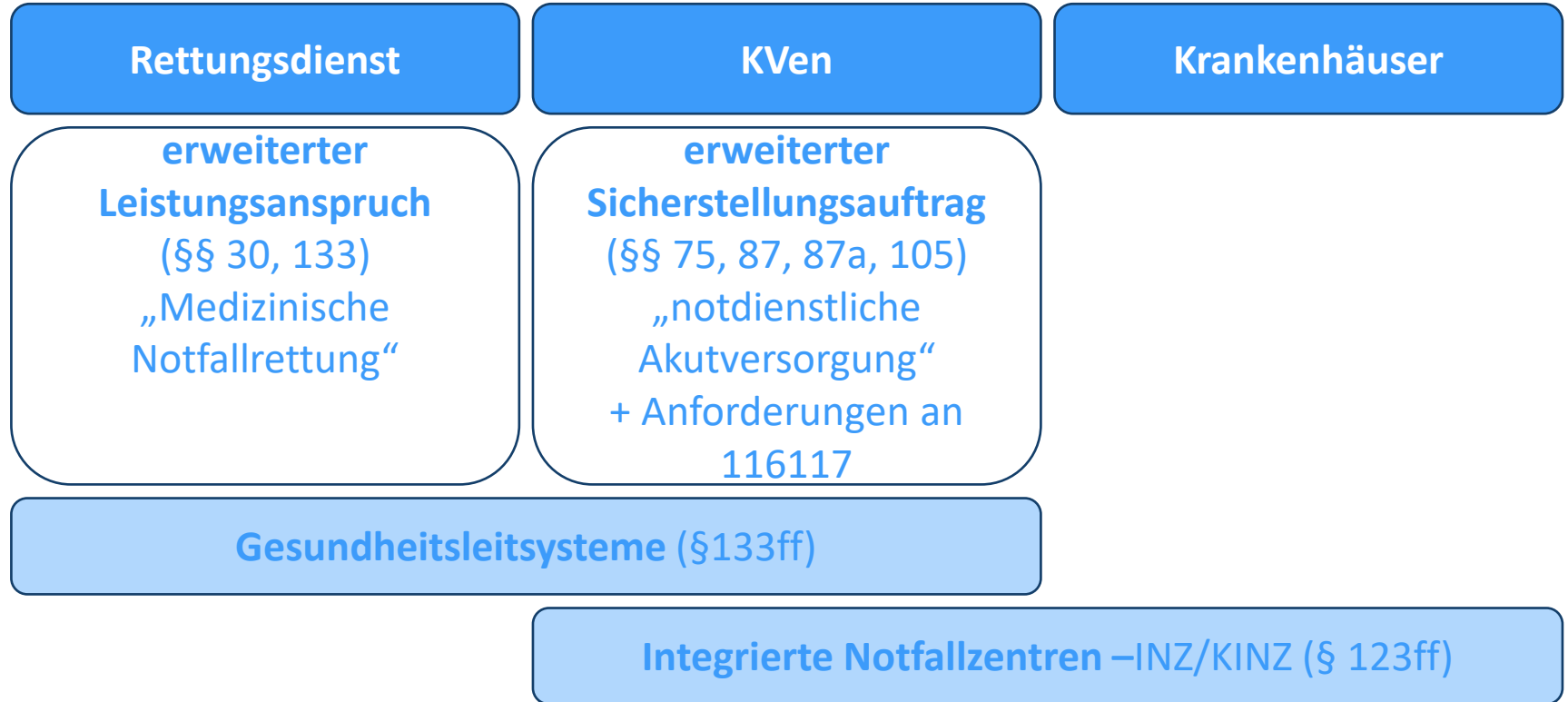
Zentralinstitut  
kassenärztliche  
Versorgung

23. Juni 2026

## **Urgent Care Conference 2026 Begrüßung Einführung „Vermeidung von Doppelstrukturen im aufsuchenden Dienst“**

Dr. Dominik Graf von Stillfried

- **Reform der Akut- und Notfallversorgung**



- **Medizinische Versorgung: auf der Prioritätenliste des Staates nicht mehr oben**



Abgeordnete

Parlament

Ausschüsse

Internationales

Dokumente

## 84. Sitzung vom 12.06.2026, TOP 31: Rede von Nina Warken



Entwurf eines Beitragssatz-stabilisierungsgesetzes (BStabG)  
Erste Lesung im Bundestag

Eine Zeitenwende?

Quelle: <https://www.bundestag.de/mediathek/video?videoid=7654366>

## ● Komplikation durch das BStabG: Streichung der TSVG-Konstellationen

Instrument	Inhalt	Vergütungsregelung
<b>Offene Sprechstunde</b>	Verpflichtung für grundversorgende Fachärzte mindestens 5 Sprechstunden pro Woche ohne erforderliche Terminvergabe anzubieten	EGV (Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV))
<b>Terminvergabe über die Terminservicestellen (TSS)</b>	<p><b>TSS-Akutfall</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Standardisierte Ersteinschätzung zur Feststellung des Akutfalles</li> <li>TSS muss im Falle eines Akutfalles einen Termin bis spätestens zum nächsten Werktag vermitteln</li> </ul> <p><b>TSS-Terminfall</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vermittlung dringender Termine mit einer max. Wartezeit von 4 Wochen (Radiologie 3 Wochen, PT-Akutbehandlung 2 Wochen)</li> <li>Überweisung mit Vermittlungscode erforderlich (diverse Ausnahmen)</li> </ul>	<p>EGV</p> <p>Zeitgestaffelte Zuschläge auf die Grund- und Versichertenpauschalen</p>
<b>Hausarztvermittlungsfall (HAFA)</b>	Vermittlung eines Facharzttermins durch den Hausarzt innerhalb von 4 Tagen bzw. bis zu 35 Tagen sofern die Terminvermittlung durch die TSS oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalles nicht angemessen oder nicht zumutbar ist (Begründung ab dem 24. Tag erforderlich).	<p>Hausarzt: Zuschlag auf die Versichertenpauschale (131 Punkte)</p> <p>Facharzt: EGV-Zuschläge wie bei...</p>

Regierungsentwurf  
GKV-BStabG

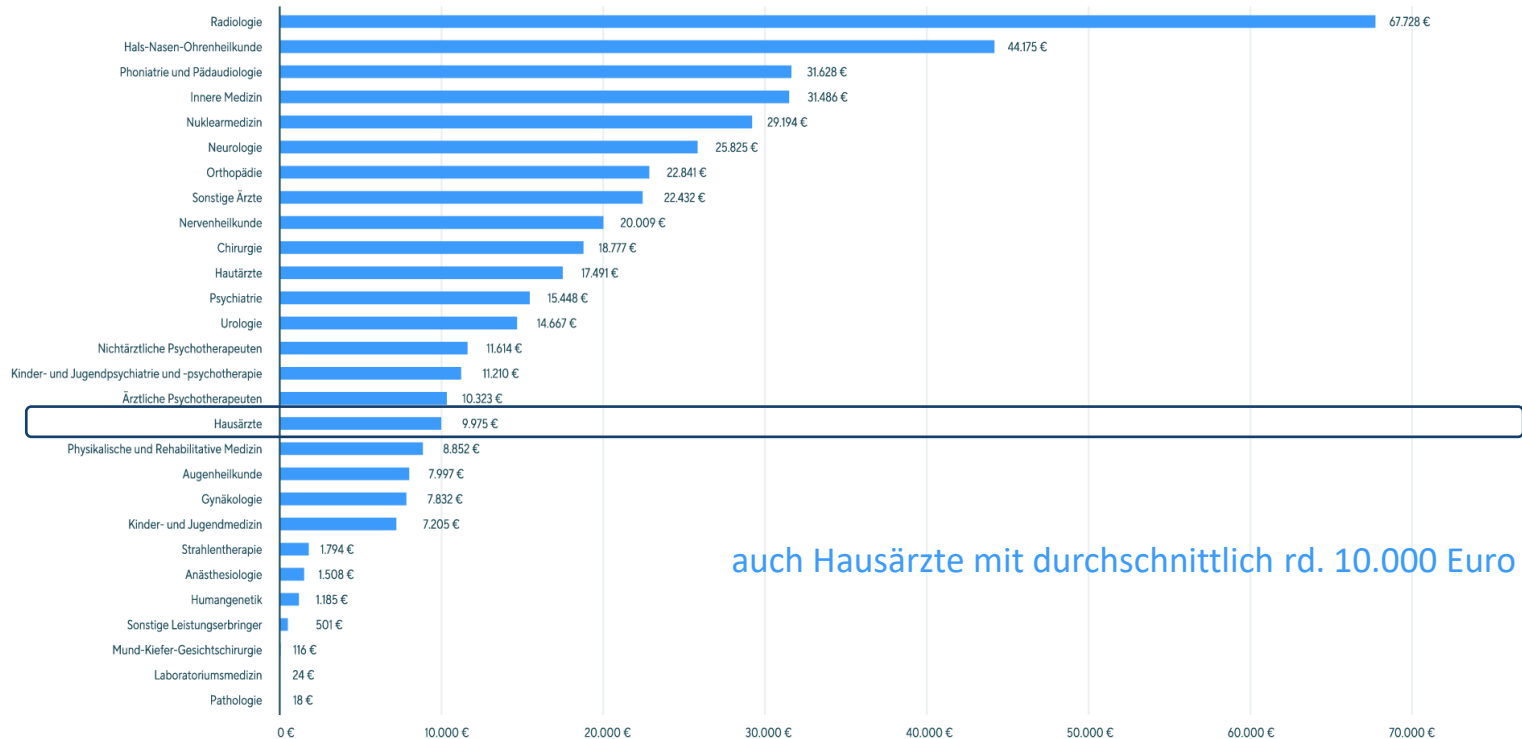
## ● Wirken die TSVG-Regelungen (HAFA, TSS-Fall)?

- Die Intention des Gesetzgebers war es, durch Vergütungsanreize eine **schnellere Vergabe von Facharztterminen für Patienten mit dringendem Behandlungsbedarf** zu erreichen.
  - ✓ **Ziel erreicht:** 62 Prozent der Hausarztvermittlungsfälle und 42 Prozent der TSS-Fälle konnten innerhalb von 4 Tagen vermittelt werden bzw. 89 Prozent (HAFA) und 81 Prozent (TSS) innerhalb von 14 Tagen.
- Der Gesetzgeber hat Hausarztvermittlungsfälle und TSS-Terminvermittlungen als **Steuerungsinstrument** eingeführt (Vermittlung von Facharztterminen i.d.R. unter Überweisungsvorbehalt und Dringlichkeitserfordernis).
  - ✓ **HAFA- und TSS-Überweisungen werden gezielt eingesetzt:**
    - ✓ HAFA- und TSS-Fälle machen lediglich **1,7 Prozent** der fachärztlichen Behandlungsfälle aus.
    - ✓ HAFA-Patienten sind **älter** als Patienten mit regulären Überweisungen oder TSS-Patienten. HAFA- und TSS-Patienten **haben zudem höheren und dringenderen Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf** als Patienten mit regulären Überweisungen.
- Bei einem Anteil von rund 6 Millionen HAFA- und TSS-Fällen an 574 Millionen Behandlungsfällen **kann ein Effekt auf die durchschnittliche Wartezeit aller GKV-Versicherten nicht erwartet werden.** In der Literatur finden sich vielmehr Belege dafür, dass eine gezielte Priorisierung mittlere Wartezeiten erhöhen kann.
- Daher sollte das Vorhaben, die **extrabudgetären Vergütungsregelungen vollständig abzuschaffen, überdacht** werden.

[https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Veranstaltungen/Zi\\_insights/Zi\\_insights\\_Terminvermittlung\\_2026-05-27\\_Mangiapane.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Veranstaltungen/Zi_insights/Zi_insights_Terminvermittlung_2026-05-27_Mangiapane.pdf)

● Geplanter Mittelentzug durch BStabG: 2,4 Mrd (-24.000 Euro/Praxis)

Vergütungsausfall für einzelne Fachgruppen durch Kürzungen im GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz



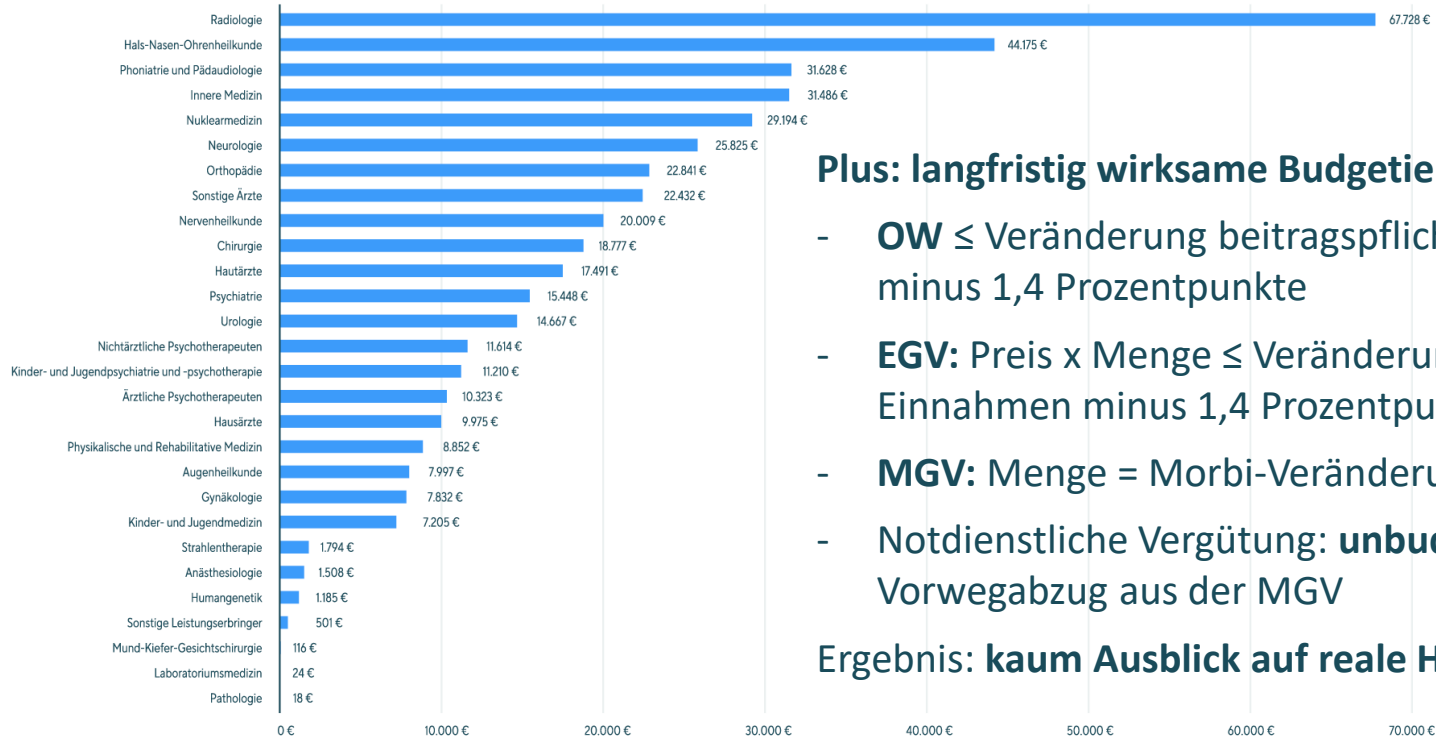
auch Hausärzte mit durchschnittlich rd. 10.000 Euro betroffen

Datenbasis:  
 - Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Abrechnungsdaten 4. Quartal 2024 bis 3. Quartal 2025  
 - Gesetzesbegründung zum GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz, in dem Einsparungsvolumina genannt werden, die durch "Streichung kostenintensiver Sondervergütungen" im Bereich der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung erzielt werden sollen

Quelle: <https://www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/april-2026>

# ● Geplanter Mittelentzug durch BStabG: 2,4 Mrd (-24.000 Euro/Praxis)

Vergütungsausfall für einzelne Fachgruppen durch Kürzungen im GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz



## Plus: langfristig wirksame Budgetierung

- **OW** ≤ Veränderung beitragspflichtiger Einnahmen minus 1,4 Prozentpunkte
- **EGV**: Preis x Menge ≤ Veränderung beitragspflichtiger Einnahmen minus 1,4 Prozentpunkte
- **MGV**: Menge = Morbi-Veränderungsrate
- Notdienstliche Vergütung: **unbudgetiert** als Vorwegabzug aus der MGV

Ergebnis: kaum Ausblick auf reale Honorarsteigerungen

Datenbasis:  
 - Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Abrechnungsdaten 4. Quartal 2024 bis 3. Quartal 2025  
 - Gesetzesbegründung zum GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz, in dem Einsparungsvolumina genannt werden, die durch "Streichung kostenintensiver Sondervergütungen" im Bereich der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung erzielt werden sollen

Quelle: <https://www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/april-2026>

- **Langfristige Problematik in allen Bereichen: Sektorale Budgetierung**



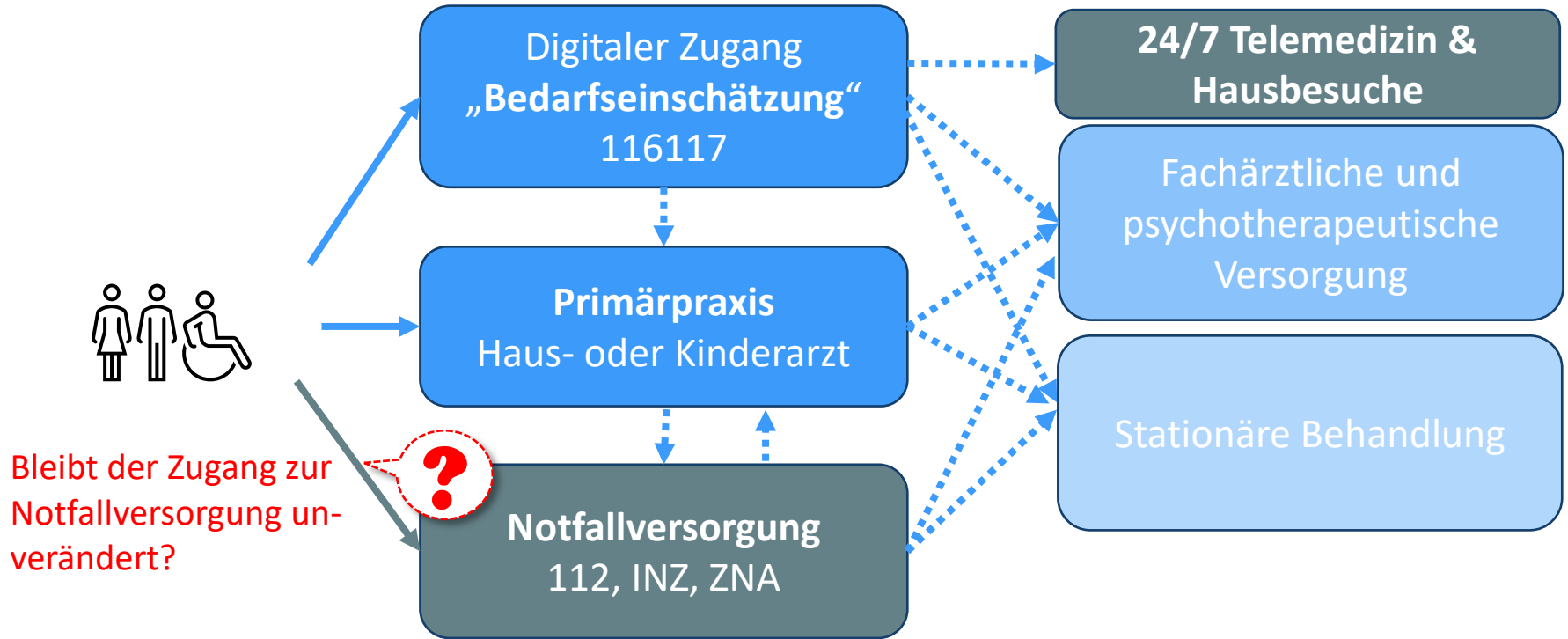
Quelle für Grafik: ChatGPT-5 nach eigenem Prompt

In jedem ‚Budgettopf‘ ist erheblicher Druck

- daher zu erwarten: **Patientenverschiebung**
- daher nicht zu erwarten: **Flexibilisierung sektoraler Budgets (Geld folgt Leistung)**

Bundesrat (12.06.2026) fordert Ausnahmen für PT, Kinder- und Jugendmedizin sowie Prävention – sowie für schnelle Terminvergabe. BRegierung lehnt am 15.06.2026 ab.

- Koalitionsvertrag setzt auf Primärversorgung und digitalen Zugang:  
Wie sieht die künftige Ordnung der Versorgungstufen aus?





## ● Definition 1: medizinische Notfallrettung

„§ 30

### Medizinische Notfallrettung

(1) Bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles haben Versicherte Anspruch auf medizinische Notfallrettung durch einen in § 133 Absatz 1 genannten Leistungserbringer. Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass

1. sich der Versicherte aufgrund seines Gesundheitszustandes in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder
2. eine lebensbedrohende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung des Versicherten zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt.

(2) Die medizinische Notfallrettung umfasst

1. das Notfallmanagement,
2. die notfallmedizinische Versorgung und
3. den Notfalltransport.

- **Entgegennahme des medizinischen Hilfeersuchens** (ab [2029] **mittels SNA**),
- die **Vermittlung der erforderlichen Hilfe** und
- sofern im Einzelfall erforderlich die barrierefreie **telefonische oder telemedizinische Notfallberatung** einschließlich der telefonischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen,

- die aus medizinischen Gründen erforderliche **Versorgung durch nichtärztliches Fachpersonal an dem Ort**, an dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt des rettungsdienstlichen Notfalls befindet, und während eines Notfalltransports
- **sowie, sofern aus medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich, eine zusätzliche Versorgung durch Notärzte, die auch telemedizinisch erbracht werden kann**

## ● Definition 2: notdienstliche Akutversorgung

### § 75 Abs. 1b (neu) Erweiterter Sicherstellungsauftrag

- Der Sicherstellungsauftrag ... umfasst auch die **jederzeit verfügbare vertragsärztliche Versorgung** in Fällen, in denen eine **unverzügliche Behandlung** aus medizinischen Gründen **erforderlich** ist (Akutfall).
- **Nicht** vom Sicherstellungsauftrag ... umfasst ist die **notfallmedizinische Versorgung** im Sinne des § 30 Absatz 2 Nummer 2 **durch Notärzte** ...
- Wird die in Satz 1 genannte Versorgung nicht durch in § 95 Absatz 1 Satz 1 genannte vertragsärztliche Leistungserbringer **im Rahmen ihrer Sprechstunden** erbracht, umfasst der Sicherstellungsauftrag diese Versorgung **nur im Umfang** der jeweils **unaufschiebbar erforderlichen Maßnahmen** (notdienstliche Akutversorgung). ...

## ● Definition 2: notdienstliche Akutversorgung

### § 75 Abs. 1b (neu) Erweiterter Sicherstellungsauftrag

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung organisieren den Notdienst insbesondere durch
  1. die **Beteiligung an Integrierten Notfallzentren** und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche,
  2. ein **telefonisches oder videounterstütztes, jederzeit verfügbares ärztliches Versorgungsangebot**, auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, und
  3. einen jederzeit verfügbaren aufsuchenden Dienst in Fällen, in denen die in Satz 1 genannte Versorgung nicht anderweitig erbracht werden kann.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung ... qualifiziertes **nichtärztliches Personal** einsetzen, das **nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung** handelt.

## ● Ähnliche Elemente – unterschiedliche Patienten?

### Medizinische Notfallrettung

- strukturierte Ersteinschätzung
- telemedizinische Sofortintervention
- nichtärztliche Versorgung vor Ort  
sofern Transport nicht erforderlich
- Notärztliche Versorgung  
– auch telemedizinisch
- Transport

### Notdienstliche Akutversorgung

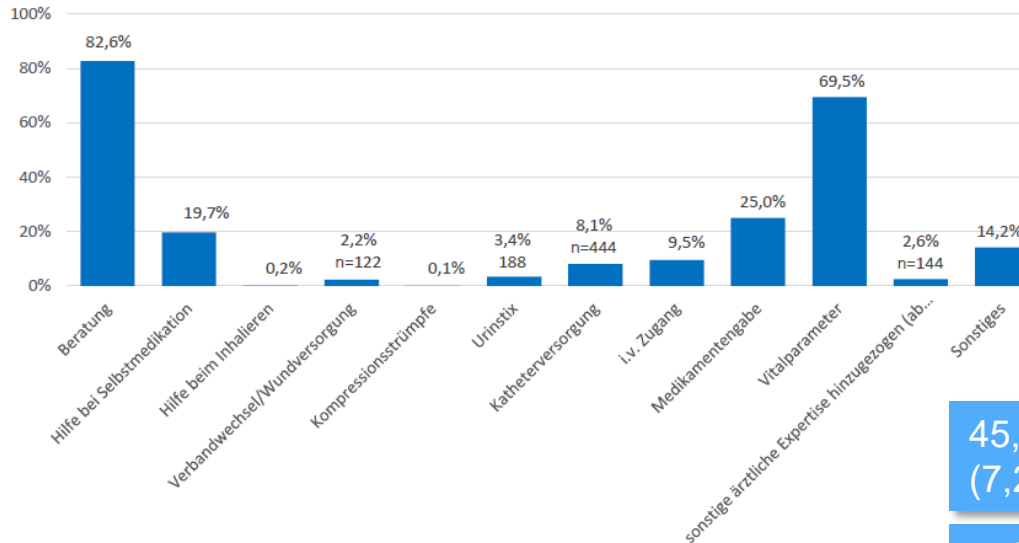
- strukturierte Ersteinschätzung
- unverzügliche telemedizinische Intervention
- nichtärztliche Versorgung vor Ort (Delegation)  
sofern Regelversorgung nicht möglich
- Ärztliche Versorgung  
– auch telemedizinisch
- Verweis in Regelversorgung



# GNotSan Modellregion Oldenburg: Charakterisierung der Einsätze

## Durchgeführte Maßnahmen 2021

Mehrfachantworten möglich  
Darstellung nur 2021!  
%-Anteil Patienten (n=5.491)



Quelle: Präsentation I. Seeger, Universität Oldenburg, 30.03.2023

### Notfall-Rettungsmedizin

#### Originalien

- Notfall Rettungsmeld  
<https://doi.org/10.1007/s10049-020-00715-6>  
© Der/die Autor(en) 2020
- I. Seeger<sup>1</sup> · A. Klausen<sup>1,2</sup> · S. Thate<sup>1,3</sup> · F. Flake<sup>4</sup> · O. Peters<sup>1</sup> · W. Rempa<sup>5</sup> · M. Peter<sup>1</sup> · F. Scheinichen<sup>6</sup> · U. Günther<sup>7</sup> · R. Röhrig<sup>8,9</sup> · A. Weyland<sup>10</sup>
- <sup>1</sup>Oldenburg-Forschungszentrum Notfall- und Intensivmedizin, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg, Deutschland
  - <sup>2</sup>Medizinische Informatik, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg, Deutschland
  - <sup>3</sup>Berufshilfswehr Stadt Oldenburg, Oldenburg, Deutschland
  - <sup>4</sup>Medizinische Informatik, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg, Deutschland
  - <sup>5</sup>Malteuse-Hilfswert gGmbH Bezirk Oldenburg, Oldenburg, Deutschland
  - <sup>6</sup>Malteuse-Hilfswert gGmbH Bezirk Oldenburg, Oldenburg, Deutschland
  - <sup>7</sup>Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Cloppenburg, Cloppenburg, Deutschland
  - <sup>8</sup>Rettungsdienst Ammerland GmbH, Westerstede, Deutschland
  - <sup>9</sup>Schlagunzentrum Heiliggeist, Malteuse-Hilfswert gGmbH, Neuenkirchen-Wörden, Deutschland
  - <sup>10</sup>Klinik für Anästhesiologie/Intensivmedizin/Notfallmedizin/Schmerztherapie, Klinikum Oldenburg, Oldenburg, Deutschland
  - <sup>11</sup>Institut für Medizinische Informatik, Medizinische Fakultät, RWTH Aachen, Aachen, Deutschland

### Gemeindenotfallsanitäter als innovatives Einsatzmittel in der Notfallversorgung – erste Ergebnisse einer Beobachtungsstudie

**Eileitung**  
Seit mehreren Jahren steht die Notfallversorgung aufgrund steigender Patientenzahlen in den Notaufnahmen und Rettungsdiensten im Fokus gesundheitspolitischer Diskussionen [1].

Verfügbarkeit alternativer Versorgungsstrukturen und ein erhöhtes Anspruchsdenken der Bevölkerung führen dazu, auch bei geringerer Krankheitschwere Hilfe durch den Rettungsdienst zu beziehen. In Zweifelsfällen entsenden die Leitstellen disponenten einen RTW oder

burger Land als Vorbild, um das an die Rahmenbedingungen des deutschen Rettungsdienstes angepasste Pilotprojekt „Gemeindenotfallsanitäter“ (G-NFS) für nicht lebensbedrohliche Notfälle zu entwickeln. Das Ziel des Pilotprojekts ist, die Versorgung von Bürgern sicherzu-

61% keine Dringlichkeit

60% kein Transport notwendig

45,7% vertragsärztliche Behandlung (7,2% ÄBD)

33% Vorstellung in der Notaufnahme

- **Aufsuchende Versorgung bisher - Zahlengerüst**

- **2024** wurden **23,5 Mio. ärztliche Hausbesuche** abgerechnet, 19,4 Mio. davon von Hausärzten
- Die Durchführung von Hausbesuchen gilt als ein mögliches Kriterium für die Abrechenbarkeit von Vorhaltepauschalen für Hausarztpraxen, das von 95% der Praxen erfüllt wird.
- Zudem verfügen **27%** der Hausarzt-Praxen über eine NÄPa.
- **2024** wurden **2,5 Mio.** Hausbesuche durch NÄPas abgerechnet, plus rd. **0,6 Mio.** Hausbesuche durch MFA ohne NÄPa-Status.
- **ÄBD: 2024 wurde rd. 1 Mio. Besuche im Fahrdienst abgerechnet (von rd. 8 Mio. Fällen)**

**Hausbesuche sind nach wie vor ein relevanter Teil der Regelversorgung und des Bereitschaftsdienstes**

- **Zum Vergleich: schätzungsweise ca. 15% der rd. 7 Mio. RTW-Einsätze (ca. 1 Mio.) pro Jahr könnten als Indikation für Vor-Ort-Versorgung in der Notfallrettung infrage kommen.**

- **Notdienstliche Akutversorgung:**

- Mögliches Kompetenzprofil der Gesundheitsfachperson**

- Erheben von **Vitalparametern** und orientierende körperliche **Untersuchung**
- **Lagerungs-** und **Mobilisationsmaßnahmen** (z.B. bei Stürzen oder altersbedingter Kraftlosigkeit)
- **Katheterpflege** (Blasenkatheter Spülen und Wechsel), ggf. **Einläufe**
- nicht invasive **Wundpflege und –versorgung** (inkl. Kleben)
- **Probenahmen** venöses oder kapilläres Blut, Urin, Abstriche etc.
- **Point-of-Care-Testing** (POCT): Blutzucker, Urin
- **Abgabe rezeptfreier Medikamente** (z.B. Ibuprofen) sowie **nach telemedizinischer Rücksprache** Beginn/ Anpassung **rezeptpflichtiger Medikation** (bspw. Antibiotikum, Insulin)
- Anlegen und Übermittlung eines **Elektrokardiogramms** (EKG) zur telemedizinischen Befundung
- **Fotodokumentation** (mit Dienst-Tablet)

## ● Kernfragen

- Wann und wo gibt es einen Versorgungsbedarf für eine nichtärztliche vor-Ort-Versorgung zu **Praxisöffnungszeiten**?
- **Wer** muss / kann die nichtärztliche vor-Ort Versorgung durchführen?
- Um welche Patienten geht es in der Vor-Ort-Versorgung?
- Welche Maßnahmen sind notwendig, um **Doppelvorhaltungen** zu vermeiden?
- Kann eine sinnvolle **Abgrenzung** gelingen zwischen
  - ‚niedrigschwelliger‘ Notfallrettung (intention to treat: nichtärztliche vor-Ort Versorgung) &
  - notdienstlicher Akutversorgung (intention to treat: nichtärztliche vor-Ort Versorgung) ?