

**Stellungnahme des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
zur Reform der Notfallversorgung (Drucksache 21/6808)**

(Berlin, September 2026)

Die Universitätsklinika befürworten das Anliegen des Gesetzentwurfs, die ambulante, stationäre und rettungsdienstliche Notfallversorgung zu einer integrierten Notfallversorgung zusammenzuführen. Die Vernetzung von Rettungsleitstellen, Akutleitstellen und Terminservicestellen ist zu begrüßen. Jedoch sollte die Verknüpfung zwischen den Stellen in jedwede Richtung verpflichtend sein. Begrüßt wird darüber hinaus die bundesweite Vereinheitlichung der notdienstlichen Akutversorgung durch die Konkretisierung und Betonung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland. Verpflichtende 24/7 telemedizinische Versorgung und aufsuchende Versorgung zur Entlastung der Krankenhausnotaufnahmen sind folgerichtig und vollumfänglich zu erbringende Leistungen im Rahmen der Verantwortung für den notdienstlichen Sicherstellungsauftrag. Die konkrete Umsetzung der gesetzlichen Maßnahmen ist von Beginn an engmaschig durch eine unabhängige Institution zu monitoren. Für den Fall der Nicht-Erfüllung sind Sanktionen vorzusehen oder unmittelbar andere gesetzgeberische Maßnahmen einzuleiten.

Ziel der Reform muss es sein, dass Patienten¹ im Notfall eine Versorgung erhalten, die ihrem akuten Versorgungsbedarf entspricht. Daher ist es richtig, geeignete Krankenhäuser mit entsprechender Infrastruktur als zentralen Anlaufpunkt der Notfallversorgung zu etablieren. Hier besteht jedoch Konkretisierungsbedarf im Gesetz dahingehend, dass zuvorderst Krankenhäuser mit den stationären G-BA-Notfallstufen 2 (erweiterte Notfallversorgung) und 3 (umfassende Notfallversorgung) als Standorte für Integrierte Notfallzentren (INZ) festgelegt werden, da hier die erforderliche Breite der medizinischen Versorgung/Behandlung möglich ist. Sollte darüber hinaus ein weiterer Bedarf für INZ bestehen, so muss entsprechend des regionalen Versorgungsbedarfs über weitere Standorte, die zumindest die Basisnotfallversorgung entsprechend der G-BA-Notfallstufe 1 vorhalten, entschieden werden. Die Festlegung von Krankenhäusern als INZ-Standorte muss auch mit einer auskömmlichen Finanzierung verknüpft werden. Die aktuelle Finanzierung der universitären Notaufnahmen ist trotz des Zuschlags für die umfassende Notfallversorgung nicht kostendeckend. Ob die im Gesetzentwurf vorgesehenen Ansätze hierfür ausreichen, muss kritisch beobachtet werden. Ggf. muss der Gesetzgeber umgehend nachsteuern.

Dem Krankenhaus die fachliche Leitung des INZ zuzuordnen ist sachgerecht, da Krankenhäuser die notwendige Expertise verlässlich sicherstellen können. Darüber hinaus wird das INZ aufgrund der Ansiedlung am Krankenhausstandort von den Patienten als Teil des Krankenhauses

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Stellungnahme das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint.

wahrgenommen. Patienten-Erfahrungen mit dem INZ sind ohnehin unweigerlich mit dem Krankenhaus assoziiert. Die vorgesehene fachliche Leitung der INZ durch das Krankenhaus ist für Universitätsklinika in besonderem Maße von Bedeutung, zumal die grundgesetzlich gewährleistete Freiheit von Forschung und Lehre eine Unabhängigkeit auch der ambulanten Notfallversorgung erfordert.

Für eine wirkliche Entlastung der Notaufnahmen in den Krankenhäusern ist eine tatsächliche Erfüllung des Sicherstellungsauftrages in der ambulanten Notfallversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen durch einen 24/7-Betrieb der KV-Notdienstpraxis am INZ erforderlich.

Ein einheitliches Ersteinschätzungsverfahren für das INZ ist dem Grunde nach zu begrüßen. Es muss für alle Behandlungsfälle gleichermaßen gut geeignet sein und die Patienten in die richtige Versorgungsstruktur lenken. Daher ist ein wissenschaftlich validiertes System zu verwenden, das praktikabel, bürokratiearm und zur Anwendung auch durch medizinisch geschultes nicht-ärztliches Personal geeignet ist.

Nicht enthalten im Gesetzentwurf sind Maßnahmen, die darauf hinwirken, dass Patienten – außer bei schwerwiegender oder lebensbedrohlicher Symptomatik – vorrangig tatsächlich die Akutleitstelle in Anspruch nehmen. Ohne derartige Maßnahmen könnten die Ziele des Gesetzes in dem erwarteten Umfang womöglich nicht erreicht werden.

Art. Nr.	Stellungnahme
	Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Art. 1. Nr. 2	§ 30 Abs. 2 SGB V – Medizinische Notfallrettung <u>Sachverhalt:</u> Der neue § 30 SGB V regelt in Abs. 2, was die medizinische Notfallrettung umfasst. <u>Bewertung:</u> Die geplante Verankerung der medizinischen Notfallrettung als eigener Leistungsbereich im SGB V ist grundsätzlich ausdrücklich zu begrüßen.
Art. 1 Nr. 3	§ 60 Abs. 3 Nr. 2 SGB V – Krankentransporte oder Krankenfahrten bei Fahrten im Zuge einer Verlegung <u>Sachverhalt:</u>

Art. Nr.	Stellungnahme
	Abs.3 Nr. 2a regelt die Kostenübernahme für Krankenfahrten und Krankentransporte im Zuge einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus. Diese Verlegungen können nun ausschließlich aus zwingenden medizinischen Gründen erfolgen. Im Referentenentwurf des Gesetzes waren auch Verlegungen von Versicherten in Krankenhäuser anderer Versorgungsstufen geregelt. Dieser Passus ist gestrichen worden. <u>Bewertung:</u> Krankentransporte für Verlegungen von Versicherten, die der besonderen Mittel des Krankenhauses einer höheren Stufe nicht oder nicht mehr bedürfen, müssen, wie im Referentenentwurf vorgesehen von den Krankenkassen finanziert werden. Insbesondere Universitätsklinika und Maximalversorger benötigen zwingend die Möglichkeit, Patienten mit gefestigtem Therapiefortschritt zur stationären Weiterbehandlung in Krankenhäuser niedriger Versorgungsstufe verlegen zu können. Nur so können angesichts der Umstrukturierungen im Sinne der Krankenhausreform die bestehenden Strukturen effizient genutzt werden. Dies gilt insbesondere auch im Falle einer überregionalen Krisenversorgung im Rahmen hierfür ausgearbeiteter Koordinierungspläne der Transport- und Versorgungsstrukturen. Zugleich ist es nötig, korrespondierende Regelungen in anderen Gesetzen oder Bestimmungen ebenfalls anzupassen, bspw. in den zweiseitigen Verträgen und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesgesellschaften nach § 112 SGB V. Weiterhin muss bei einem Transport im Rahmen einer ambulanten Behandlung gemäß § 60 Abs. 2 Nr. 3 und 4 klargestellt werden, dass nach dieser ambulanten Behandlung ebenfalls ein Anspruch auf Rücktransport nach Hause oder in ein Pflegeheim besteht.
Art. 1 Nr. 7	§ 75 Abs. 1b SGB V – Inhalt und Umfang der Sicherstellung <u>Sachverhalt:</u> Mit § 75 Abs. 1b wird der neue Begriff der notdienstlichen Akutversorgung als vertragsärztliche Leistung eingeführt. Diese umfasst Fälle, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist und soll 24 Stunden an sieben Tagen der Woche sichergestellt werden. Die notdienstliche Versorgung ist jedoch ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten, also auf die kurzfristig erforderliche Behandlung sowie alle medizinisch gebotenen Maßnahmen der Diagnostik zur Klärung der Dringlichkeit und zum Ausschluss eines dringenden weitergehenden Versorgungsbedarfes und der überbrückenden Therapie von akuten Beschwerden, begrenzt.

Art. Nr.	Stellungnahme
	Die KVen haben die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch die Beteiligung an INZ sowie durch ein telemedizinisches (telefonisch oder per Video) und ein aufsuchendes Versorgungsangebot sicherzustellen. Kann eine entsprechende Versorgung nicht sichergestellt werden, sind (fachärztliche) Notdienststrukturen – insbesondere zu sprechstundenfreien Zeiten – aufrechtzuhalten oder zu schaffen. Die Versorgung soll zudem auf die besonderen Belange von Pflegebedürftigen ausgerichtet sein. Den KVen/Vertragsärzten wird hierzu ermöglicht, diese Leistung auch durch nicht-ärztliches Personal im Rahmen der ärztlichen Delegation nach § 28 Abs. 1 SGB V zu erbringen. <u>Bewertung:</u> Durch die Beteiligung der KVen an INZ sowie durch das telemedizinische und aufsuchende Versorgungsangebot wird eine zusätzliche zentrale Anlaufstelle der vertragsärztlichen Versorgung in Not- oder Akutfällen geschaffen. Diese Konkretisierung des Versorgungsauftrages ist sehr zu begrüßen, da hierdurch eine Verbesserung der notdienstlichen Versorgung von Patienten, vor allem in der Fläche, erreicht werden kann. Es sollte näher definiert werden, was die Erstversorgung der Versicherten konkret umfasst. Auch ist eine Aufklärung der Versicherten über den damit einhergehenden Leistungsanspruch notwendig, um Missverständnisse hierüber zwischen Leistungserbringern und Patienten möglichst zu vermeiden. Darüber hinaus ist es richtig, die Versorgung auf die besonderen Belange von immobilen Patienten bzw. Pflegebedürftigen auszurichten. Hierzu sollten jedoch konkrete Maßnahmen für die Versorgung in Pflegeheimen verbindlich geregelt werden. Das bedeutet, dass die aufsuchende Versorgung 24/7 durch die KVen auch in Pflegeheimen erfolgen muss. Dies wäre ein wichtiger Baustein, um die Inanspruchnahme der Krankenhausstrukturen zu reduzieren. Zudem sollte ein engmaschiges Monitoring durch eine unabhängige Instanz dahingehend erfolgen, ob die KVen diesem Auftrag nachkommen und ggf. Sanktionsmaßnahmen geregelt sind. § 75 Abs. 1c SGB V (neu) – Inhalt und Umfang der Sicherstellung <u>Sachverhalt:</u> Neben den Terminservicestellen haben die KVen unter derselben bundesweiten Rufnummer zusätzlich sog. Akutleitstellen einzurichten. Sie dienen als zentrale Anlaufstelle für Patienten, die von einer sofortigen ambulanten Behandlungsnotwendigkeit ausgehen. Hierfür

Art. Nr.	Stellungnahme
	werden konkrete Erreichbarkeitsvorgaben für die Akutleitstelle in den Sicherstellungsauftrag der KVen aufgenommen. Es obliegt der Rechtsaufsicht der Länder, die Umsetzung dieser Vorgaben zu kontrollieren. Auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens vermitteln die Akutleitstellen bei sofortiger Behandlungsbedürftigkeit und in geeigneten Fällen primär unmittelbar in die vertragsärztliche Regelversorgung. Sollte die Vermittlung nicht möglich oder unzumutbar sein, ist eine telefonische oder videogestützte ärztliche Konsultation verpflichtend anzubieten. Bei Vorliegen eines lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Notfalls leitet die Akutleitstelle unmittelbar an die Rettungsleitstelle weiter. <u>Bewertung:</u> Die Vernetzung der Akut- und Rettungsleitstellen ist dringend erforderlich, um eine bessere Steuerung von Hilfesuchenden zu gewährleisten. So können bspw. Fälle der Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen der KVen abgegeben werden. Im Ergebnis werden durch diese zielgerichtete und bedarfsgerechte Steuerung sowohl Notaufnahmen als auch Rettungsdienste entlastet. Allerdings sieht der aktuelle Gesetzentwurf im Gegensatz zu vorhergehenden Entwürfen keine beiderseitige Kooperationspflicht für die Rettungsleitstellen und die Akutleitstelle der KV vor. Diese Verpflichtung sollte über die Gesetzesbegründung hinaus mit explizitem Bezug zu § 133a SGB V ergänzt werden. Nur damit ist eine einheitliche Versorgungsstruktur in allen Regionen gewährleistet. Um einen Anreiz für die Kontaktaufnahme mit der Akutleitstelle zu schaffen, sollen Hilfesuchende, die das INZ über die telefonische Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, dort bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit innerhalb derselben Dringlichkeitsstufe grundsätzlich vorrangig behandelt werden. Die folgerichtige Vernetzung der Rufnummern 116117 und 112 ist daher ebenfalls zu befürworten. Allerdings muss die Bevölkerung umfassend hierüber informiert werden. Die bereits bestehenden Angebote sind schon jetzt für Patienten häufig intransparent, was ein relevantes, vermeidbares Sicherheitsrisiko für diese darstellt. Zudem führt die Intransparenz auch zur Überlastung der Notaufnahmen im Krankenhaus. Aus diesen Gründen muss festgelegt werden, mit welchen Maßnahmen (z.B. Informationskampagnen) die Bevölkerung über diese strukturellen Änderungen im Rahmen der Notfallversorgung informiert wird. Auch die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags der KVen hinsichtlich der Erreichbarkeit („Warteschleife“) für die Akutleitstelle sowie die Kontrolle der Umsetzung dieser Vorgaben durch die Rechtsaufsicht der Länder ist zu begrüßen.
Art. 1 Nr. 9	§ 87 Abs. 2a Satz 21 Nr. 3 SGB V – Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss <u>Sachverhalt:</u>

Art. Nr.	Stellungnahme
	Mit dem neu gefassten Satz 21 Nr. 3 des § 87 Abs. 2a wird der erweiterte Bewertungsausschuss beauftragt „Zuschläge für die Gruppe der Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität eine besonders aufwändige Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums nach § 123 Absatz 1 oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche nach § 123b Absatz 1 bedürfen.“ im Rahmen des EBM zu ermitteln. <u>Bewertung:</u> Die hier vorgesehene Differenzierung der Vergütung ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings müssen die gemäß Satz 21 Nr. 3 vereinbarten Zuschläge eine kostendeckende Versorgung gewährleisten. Auf die Ergebnisse ist ein besonderes Augenmerk zu legen. Sollte diese eine kostendeckende Versorgung nicht ermöglichen, muss der Gesetzgeber umgehend nachsteuern. Keinesfalls dürfen diese Zuschläge ein Präjudiz dafür sein, dass es sich bei der Versorgung in der Notaufnahme ausschließlich um eine ambulante Leistung handeln kann.
Art. 1 Nr. 18	§ 123 SGB V (neu) – Integrierte Notfallzentren <u>Sachverhalt:</u> Integrierte Notfallzentren bestehen aus einer Notaufnahme eines Krankenhauses, einer KV-Notdienstpraxis und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle („gemeinsamer Tresen“). Dem Krankenhaus obliegt im Allgemeinen die Leitung der zentralen Ersteinschätzungsstelle. Für einen reibungslosen Versorgungsablauf innerhalb des Integrierten Notfallzentrums sind geeignete Schnittstellen im elektronischen Datenmanagement zu schaffen. Zur besseren Patientensteuerung außerhalb der Betriebszeiten der Integrierten Notfallzentren sollen Kliniken mit in räumlicher Nähe befindlichen Arztpraxen, sog. Kooperationspraxen, eng zusammenarbeiten. Auf diese Weise soll die Ersteinschätzungsstelle Patienten während der regulären vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten an diese Kooperationspraxen verweisen. Über die Ersteinschätzungsstelle sollen Patienten, die ein Integriertes Notfallzentrum selbst aufsuchen, in die jeweils richtige Struktur – Notdienstpraxis, Notaufnahme oder ggf. Kooperationspraxis – geleitet werden. Wenn nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, wird den Patienten die Buchung eines Termins in der ambulanten Regelversorgung über das System der Terminservicestelle angeboten. Die Ersteinschätzung soll künftig über ein standardisiertes digitales Verfahren ablaufen und über den EBM vergütet werden. Der Bewertungsausschuss soll die Details dazu festlegen und auch die Auswirkungen der Vergütung auf die Versorgung evaluieren.

Art. Nr.	Stellungnahme
	Zur Unterstützung bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sollen Integrierte Notfallzentren mit Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zusammenarbeiten und sich dazu auch telemedizinisch vernetzen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, alle zwei Jahre über die Entwicklungen im Notfallversorgungsgeschehen im Vergleich zur bisherigen Notdienstpraxis den Krankenkassen und Planungsbehörden zu berichten. In ähnlicher Weise soll die KBV gegenüber dem BMG berichten. <u>Bewertung:</u> Die Integrierten Notfallzentren werden als zentrale Säule in der Notfallversorgungsstruktur neu etabliert und treten an die bisherige Stelle des Notdienstes. Sie sind sektorenübergreifend angelegt, wodurch Notfallpatienten zielgerichteter in die jeweils für sie geeignete Versorgungsstruktur gelenkt werden sollen. Dies hilft einerseits den Notfallpatienten, andererseits können dadurch die vorhandenen Kapazitäten in der Notfallversorgung effizienter und effektiver eingesetzt werden. Insbesondere die Notaufnahmen können auf diese Weise nachhaltig entlastet werden. Dieses wichtige Anliegen der Notfallreform ist sehr zu unterstützen. Die Universitätsmedizin befürwortet daher die Etablierung der Integrierten Notfallzentren. Richtig und wichtig ist auch, begleitend zur Einführung und in der Anfangsphase der Integrierten Notfallzentren die Folgen der Einführung umfassend zu monitoren, um im Bedarfsfall nachzusteuern. Dennoch bleibt bei der Ausgestaltung des Konzeptes der Integrierten Notfallzentren eine Reihe von Fragen offen. Augenscheinlich ist der Bruch zum bisherigen 24/7-Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dem Anschein nach sollen künftig Krankenhäuser die Lücken, die die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Sicherstellung der Akutversorgung bislang nicht schließen können oder möchten, füllen. Doch auch im Krankenhaus sind Ressourcen und Kapazitäten, insbesondere das ärztliche und Pflegepersonal, nicht unbegrenzt verfügbar. Krankenhäuser können nicht ohne Weiteres zusätzlich leisten, wozu die Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich zwar verpflichtet sind, dieser Pflicht aber nicht ausreichend nachkommen (können). Dies gilt umso mehr für Universitätsklinika, die aufgrund ihres Versorgungsauftrages im Gesundheitssystem häufig als eine Art Sammelbecken für Patienten dienen, die aus unterschiedlichen Gründen an anderen Stellen im Gesundheitssystem nicht versorgt werden. Insofern sehen die Universitätsklinika es kritisch, dass Notaufnahmen unmittelbar in den KV-Notdienst eingebunden werden sollen. Eine solche Beteiligung darf allenfalls vorgesehen werden, wenn eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt ist. Dazu bedarf es zwingend auch wirksamer Sanktionsmechanismen, die bei Verstößen der Kassenärztlichen Vereinigungen gegen die ihnen vom Gesetzgeber auferlegten Pflichten greifen. Entsprechende Sanktionen sollten zumindest dem Grunde nach bereits im Gesetzentwurf verankert werden. Darüber hinaus muss gewährleistet sein, dass Integrierte

Art. Nr.	Stellungnahme
	Notfallzentren in Frage kommende Patienten tatsächlich verlässlich zu Kooperationspraxen verweisen können. Kooperationspraxen sollten daher mindestens in den Betriebszeiten von 8 bis 18 Uhr Patienten permanent aufnehmen müssen. Gleichzeitig ist die räumliche Nähe zum INZ sicherzustellen. Wird die notdienstliche Akutversorgung nicht durch eine KV-Notdienstpraxis am Krankenhausstandort vorgehalten, muss das Einvernehmen mit dem Krankenhaus hierüber hergestellt werden. Darüber hinaus müssen Krankenhäuser für Leistungen, zu denen das Kassenärztliche System eigentlich verpflichtet wäre, eine ausreichende finanzielle Kompensation erhalten. Diese muss auch den Strukturen und Vorhaltungen der Krankenhäuser angemessen Rechnung tragen. Eine entsprechende Vergütung kann auch vom erweiterten Landesausschuss bestimmt werden. Dennoch sollte zum jetzigen Zeitpunkt bereits präzisiert werden, wie die Vergütung auszugestalten ist. Eine reine Einzelleistungsvergütung wäre nicht angemessen, solange Aspekte wie Vorhaltekosten unberücksichtigt bleiben. In diesem Zusammenhang muss auch deutlich vorgegeben werden, dass die Entscheidung der zentralen Ersteinschätzungsstelle immer einen Vergütungsfall auslöst und nicht im Anschluss durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes angezweifelt werden darf. Bezüglich des Angebots eines Termins zur Weiterbehandlung bei niedergelassenen Ärzten sollte das Gesetz klarstellen, dass für den Terminservice ausschließlich die Notdienstpraxis, nicht aber die zentrale Ersteinschätzungsstelle zuständig ist. Eine begleitende Evaluierung der Maßnahmen muss zwingend interessensunabhängig durchgeführt werden und kann nicht allein durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Einrichtung Integrierter Notfallzentren i.d.R. auch bauliche Maßnahmen an den Krankenhäusern erforderlich macht. Dies ist bei den zeitlichen Vorgaben der Umsetzung zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist zu begrüßen, dass durch die Änderungen im Zuge des KHAG die Förderung integrierter Notfallstrukturen durch den Transformationsfonds zukünftig auch für Hochschulkliniken vorgesehen ist.
Art. 1 Nr. 18	§ 123a SGB V (neu) – Einrichtung von Integrierten Notfallzentren <u>Sachverhalt:</u> Der erweiterte Landesausschuss bestimmt unter vorrangiger Berücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser, an welchem Klinikum ein Integriertes Notfallzentrum eingerichtet wird. Dazu legt er Planungsregionen fest. Voraussetzung für ein Integriertes Notfallzentrum ist u.a., dass das Krankenhaus wenigstens der Basisnotfallversorgung des G-BA-Stufenkonzeptes zur Notfallversorgung zugeordnet ist. Bei der Auswahl geeigneter Standorte sind ferner die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeitminuten für mindestens 95% der Bevölkerung

Art. Nr.	Stellungnahme
	in einer Planungsregion, die Bevölkerungsanzahl, der öffentliche Personennahverkehr und die Möglichkeiten zur Kooperation mit Arztpraxen bzw. medizinischen Versorgungszentren zu berücksichtigen. Wenn mehrere Krankenhausstandorte als Integriertes Notfallzentrum in Frage kommen, sollen vorrangig Standorte festgelegt werden, die eine höhere Notfallstufe, fallzahlstärkere Notaufnahmen sowie notfallmedizinisch relevante Fachrichtungen vorhalten oder bei denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können. Die Einstufung als Integriertes Notfallzentrum erfolgt per Bescheid. Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhaus sollen eine Kooperationsvereinbarung schließen. Darin sind u.a. die Details eines gemeinsamen Organisationsgremiums, zum digitalen Datenmanagement, zur Durchführung der Ersteinschätzung (einschl. personeller Besetzung), zur Nutzung der räumlichen, technischen und diagnostischen Einrichtungen einschl. Nutzungsentgelten sowie zu Maßnahmen bei eventuellen Verstößen gegen die Kooperationsvereinbarung festgelegt. Die gesetzlich vorgegebenen Betriebszeiten der Notdienstpraxen sind mindestens wochenends und feiertags von 9 bis 21 Uhr, mittwochs und freitags von 14 bis 21 Uhr sowie montags, dienstags und donnerstags von 18 bis 21 Uhr. Hiervon kann unter bestimmten, dreiseitig zu treffenden Tatbeständen auch abgewichen und kürzere Betriebszeiten in der Kooperationsvereinbarung bestimmt werden. Sofern Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhaus innerhalb von neun Monaten keine Kooperationsvereinbarung schließen, werden die Inhalte in einem Schiedsverfahren bestimmt. <u>Bewertung:</u> INZ müssen an den Krankenhausstandorten konzentriert werden, die ein möglichst umfassendes medizinisches Spektrum vorhalten. Hierfür bedarf es grundsätzlich der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3) oder mindestens der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2). Denn nur dort wird die interdisziplinäre Kompetenz vorgehalten, auf die es sowohl bei der Ersteinschätzung als auch einer breit aufgestellten Notfallversorgung besonders ankommt. Auf ein Krankenhaus mit Basisnotfallversorgung sollte nur in Ausnahmefällen, wenn es zur flächendeckenden Versorgung kein Krankenhaus mit Stufe 2- oder Stufe 3-Notfallversorgung gibt, ausgewichen werden dürfen. Zu begrüßen ist, dass nun auch die Psychiatrien als notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen mit aufgeführt werden. Die zwingende Anbindung des INZ an die Maximalversorgung gewährleistet die fallabschließende Behandlung komplexer Akutfälle am Erstversorgungsort. Dies reduziert Sekundärtransporte und trägt zur Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems bei. Die zwingende Vorrangigkeit des Kriteriums stellt somit sicher, dass das INZ als zentraler Anker der Akutversorgung an der leistungsfähigsten und sichersten Struktur des deutschen Krankenhauswesens verankert wird.

Art. Nr.	Stellungnahme
	<u>Regelungsvorschlag:</u> §123a Absatz 1 Satz 8 SGB V sollte wie folgt angepasst werden: <i>„Wenn in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums in die engere Auswahl kommen, sind diese nachfolgender Priorität festzulegen:</i> <i>a) Vorrangig sind Standorte festzulegen, die die Voraussetzungen einer höheren Notfallstufe gemäß der in Satz 5 Nummer 1 genannten Regelungen erfüllen.</i> <i>b) Bei Standorten mit gleicher Notfallstufe sind jene vorrangig festzulegen, die eine nach anderen Kriterien, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen.“</i> <u>Weitergehende Bewertung:</u> Richtig ist es auch, die Details der Zusammenarbeit zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus in einer Kooperationsvereinbarung vertraglich zu vereinbaren. Darin sind auch Sanktionsmechanismen bei Verstößen gegen die vertraglich festgelegten Pflichten zu bestimmen. Aus Sicht der Universitätsklinika sollte der Gesetzgeber diese bereits im Gesetzentwurf konkretisieren. Im Gesetz sollte klargestellt werden, dass das Ersteinschätzungsverfahren auch durch entsprechend qualifizierte Pflegekräfte erfolgen kann. Die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung muss einen personellen Beitrag der Kassenärztlichen Vereinigung zur Ersteinschätzungsstelle umfassen. Darüber hinaus ist die Kassenärztliche Vereinigung zwingend hälftig an der Finanzierung der Ersteinschätzungsstelle zu beteiligen. Nicht hinzunehmen ist jedoch, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen aus der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages zu Lasten der Krankenhäuser entlassen werden. Nichts anderes folgt aus den im Gesetzentwurf vorgesehenen Öffnungszeiten für Notdienstpraxen. Öffnungszeiten bis 21 Uhr führen zu keiner spürbaren Entlastung in den Krankenhäusern. Im Gegenteil bedeutet dies im Umkehrschluss, dass die Last der Notfallversorgung während der Schließzeiten der Notdienstpraxen allein von den Notaufnahmen zu stemmen ist. Daher müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, die Notdienstpraxen rund um die Uhr, mindestens aber bis 24 Uhr – und zwar werktags, feiertags sowie am Wochenende – geöffnet zu halten.

Art. Nr.	Stellungnahme
	Ebenso widerspricht es dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, kürzere Öffnungszeiten von Notdienstpraxen aufgrund von zu wenigen Patienten oder unwirtschaftlichem Betrieb zuzulassen. Die vermeintlich unwirtschaftliche Vorhaltung eines Notdienstangebots darf nicht zu Lasten der Krankenhäuser gehen. Für die technische Umsetzung der digitalen Fallübergabe sieht der Gesetzentwurf bundeseinheitlich definierte, digitale Schnittstellen vor, welche gemäß Standards nach dem Zwölften Kapitel festzulegen sind. Die Umsetzung des Datenaustausches in digitaler Form ist begrüßenswert und heutzutage alternativlos. Das Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen ist ebenfalls begrüßenswert. Dennoch zeigte sich bei der Konzeptionierung anderer digitalen Anwendungen ein starker Fokus auf die Versorgungsprozesse im ambulanten Bereich. Auf die verpflichtende Einbindung der stationären Sicht, welche das Arbeiten in fallbezogene Strukturen alltäglich umsetzt, sollte deshalb geachtet werden.
Art. 1 Nr. 18	§ 123c SGB V – Ersteinschätzung, Richtlinie des G-BA <u>Sachverhalt:</u> § 123c Abs. 2 regelt die Ausarbeitung einer G-BA Richtlinie zu Vorgaben für die standardisierte Ersteinschätzung. <u>Bewertung:</u> Ein einheitliches, standardisiertes digitales Ersteinschätzungsverfahren ist grundsätzlich positiv zu werten. Weiterhin zu begrüßen ist, dass der G-BA in einer Richtlinie auch Regelungen für Krankenhäuser trifft, die nicht Teil eines INZ sind. Es muss jedoch hohen fachlich-wissenschaftlichen Standards genügen, praktisch erprobt und bürokratiearm ausgestaltet sein. Dementsprechend sind dem G-BA enge und qualitativ hohe Vorgaben für die Entwicklung der Kriterien des Verfahrens zu machen. Es ist richtig, dass das Ersteinschätzungsverfahren sich auf Patienten bezieht, die den „gemeinsamen Tresen“ selbständig aufsuchen. Patienten, die über die Liegendaufahrt das Krankenhaus erreichen, müssen weiterhin unmittelbar Zugang zur Notaufnahme erhalten.
Art. 1 Nr. 19	§ 133a SGB V (neu) – Gesundheitsleitsystem <u>Sachverhalt:</u>

Art. Nr.	Stellungnahme
	Mit dem neuen § 133a SGB V wird die Errichtung des Gesundheitsleitsystems durch die Vernetzung der Rettungsleitstellen mit den Akutleitstellen sowie deren verbindliche Zusammenarbeit geregelt. Das Gesundheitsleitsystem vermittelt Hilfesuchenden die erforderliche medizinische (Erst-)Versorgung und übernimmt dabei keine weiteren Aufgaben des jeweils anderen Kooperationspartners. Die Zusammenarbeit beschränkt sich demnach auf die organisatorische und technische, vor allem digitale Kooperation. Daher ist als Voraussetzung geregelt, dass die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügen muss. Die Etablierung von Gesundheitsleitsystemen erfolgt durch Abschluss von Kooperationsvereinbarungen, in der die Einzelheiten der Zusammenarbeit festgelegt werden. Die KVen sind auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle zur Kooperation verpflichtet. Auch die Länder können in ihren Rettungsdienstgesetzen entsprechende landesweite Vorgaben machen, um eine flächendeckende Einführung sicherzustellen. In der Kooperationsvereinbarung ist insbesondere ein gemeinsames und verbindliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit und des Versorgungsbedarfs sowie das von den Kooperationspartnern möglichst einheitlich verwendete Abfragesystem zu regeln. Die Kooperationspartner sind zudem technisch so zu vernetzen (möglichst mit den Diensten der Telematikinfrastruktur), dass eine unmittelbare telefonische Weiterleitung und eine medienbruchfreie Bearbeitung und Übertragung der zum Versicherten aufgenommenen Daten möglich sind. <u>Bewertung:</u> Es erfolgt eine Klarstellung und Abgrenzung der Aufgaben und Pflichten der Kooperationspartner, insbesondere der KVen. Über Kooperationsvereinbarungen werden diese Absprachen schriftlich festgehalten. Positiv zu bewerten ist, dass auch die Länder entsprechende Regelungen treffen können, damit die Etablierung von Akutleitstellen durch die KVen flächendeckend forciert wird. Die digitale Vernetzung beider Kooperationspartner, die Nutzung der Telematikinfrastruktur sowie die Abstimmung auf ein möglichst einheitliches Abfragesystem sind zunächst zu begrüßen. Es muss jedoch engmaschig beobachtet werden, ob es zu den gewünschten Effekten kommt. Auch hiermit sollte eine unabhängige Instanz von Anfang an betraut werden. Auch die Datenübermittlung der Leistungserbringerinstitutionen an die Leitstelle zum Zwecke des Qualitätsmanagements sollte digital abgebildet werden und darf nicht zu unverhältnismäßigen Aufwänden führen. Hierzu sollte das Gesetz eine einheitliche Umsetzung der Datenübermittlung vorsehen, um Mehrfachimplementierungen bei den Leistungserbringerinstitutionen zu verhindern.
Art. 1 Nr. 19	§ 133c SGB V – Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung

Art. Nr.	Stellungnahme
	<u>Sachverhalt:</u> Die Regelung sichert die Datenübertragung der an der Notfallversorgung beteiligten Institutionen für die Nutzung in der folgenden medizinischen Versorgung und Übertragung in die elektronische Patientenakte. Die hierfür notwendigen Schnittstellenspezifikationen soll die Gesellschaft für Telematik definieren, zumal die Datenübertragung über die Telematikinfrastruktur abgebildet werden soll bzw., im Fall der Befüllung der elektronischen Patientenakte, muss. Zudem sollen verfügbare Versorgungsressourcen der Leistungserbringerinstitutionen in Echtzeit für die Notfallkoordination einsehbar sein und eine Anwendung für die Einbindung von Ersthelfern im Notfallmanagement entwickelt werden. <u>Bewertung:</u> Die neuen Regelungen führen zu einer besseren und schnelleren Verfügbarkeit für die Behandlung notwendiger Patientendaten. Dies ist ein bedeutender Schritt um die Qualität der Versorgung sowie die Behandlungszeit zu verbessern. Aus diesem Grund erscheint die der Gesellschaft für Telematik gesetzte Frist zur Erstellung der Spezifikation von 22 Monaten nach Verkündung des Gesetzes recht lang gewählt. Mit Berücksichtigung der Umsetzungsphase der Industrie werden die Notfalldaten somit frühestens Mitte 2028 zwischen den beteiligten Akteuren ausgetauscht werden können. Die Dokumentation nach Absatz 1 Satz 2 hat in einem bundeseinheitlich definierten, interoperablen Datenformat zu erfolgen, das die durchgängige digitale Fallakte von der präklinischen Notfallrettung über die Notaufnahme bis zur nachfolgenden Versorgung ermöglicht und die Daten in strukturierter Form für die Qualitätssicherung, das Benchmarking und die Versorgungsforschung bereitstellt. Der Versorgungskapazitätenachweis nach Absatz 2 Satz 3 ist grundsätzlich zu befürworten. Eine Verpflichtung zur Echtzeitübermittlung kann erst dann in Kraft treten, sobald der Hersteller des Krankenhausinformationssystems (KIS) die hierfür notwendige, den Vorgaben der §133b und §133e entsprechende Schnittstelle zur Verfügung gestellt hat und diese im Krankenhaus installiert und betriebsbereit ist. Es darf keinesfalls eine alternative händische, nicht automatisierte Datenübermittlung gefordert werden.
Art. 1 Nr. 25	§ 354 SGB V – Festlegungen der Gesellschaft für Telematik für die elektronische Patientenakte <u>Sachverhalt:</u> Die Regelung beauftragt die Gesellschaft für Telematik zur Festlegung der technischen und organisatorischen Verfahren für die Nutzung der elektronischen Patientenakte. Durch das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung soll der Paragraph ergänzt werden, wodurch die Nutzung der elektronischen Patientenakte in einer Notfallsituation ermöglicht wird.

Art. Nr.	Stellungnahme
	<u>Bewertung:</u> Diese Ergänzung begrüßen die Uniklinika ausdrücklich. Der Fokus sollte auf einer zügigen und aufeinander abgestimmten Umsetzung liegen, um mehrfache Change-Prozesse im Versorgungsalltag zu vermeiden.
	Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Art. 2	§ 75 Abs. 1e SGB V (neu) – Inhalt und Umfang der Sicherstellung <u>Sachverhalt:</u> Gemäß § 75 Abs. 1e SGB V evaluiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen sowie der Akutleitstellen und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) jährlich über die Ergebnisse. Hierfür hat die KBV dem BMG ein Evaluationskonzept vorzulegen. <u>Bewertung:</u> Neben den bereits bestehenden Evaluations- und Berichtspflichten der KBV sieht der neue § 75 Abs. 1e SGB V eine erweiterte Pflicht zur Evaluation und Bewertung der neu geregelten Akutleitstelle erstmals zum 30.06.2028 vor. Diese weitere Verpflichtung wird begrüßt. Die Evaluation und Bewertung sollte jedoch nicht durch die Betreiber der Terminservicestellen und der Akutleitstellen selbst erfolgen, sondern durch eine unabhängige Institution außerhalb des KV-Systems.
	Weiterer Regelungsbedarf Ergänzend zu regeln sind konkrete Maßnahmen, mit denen die Abverlegung von Patienten nach erfolgter Notfallversorgung an Krankenhäuser niedrigerer Versorgungsstufen verbessert werden kann, um die Krankenhausstrukturen effizient zu nutzen. Hierfür sollten Krankenhäuser einschließlich sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen verpflichtet werden, aus ärztlicher Sicht geeignete Patienten aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen aufzunehmen (sog. Push-Funktion). Der Gesetzentwurf sollte erweitert werden um Maßnahmen, die darauf hinwirken, dass Versicherte tatsächlich die neuen Strukturen, insbesondere das Leitsystem in Anspruch nehmen.