

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

21(14)102(15)

gel. VB zur öffent. Anh. am
09.09.2026 - Notfallversorgung
07.09.2026

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

für ein

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

(Stand: 07.09.2026)

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
Grundlegende Bewertung zentraler Aspekte	4
Patientensteuerung über 116117, Akutleitstelle und Gesundheitsleitsystem	4
Verpflichtung von KVen, Notdienstpraxen an INZ einzurichten	5
Finanzierung von Leistungen der Krankenhäuser	7
Ersteinschätzung an nicht-INZ-Krankenhäusern sowie Ersteinschätzung an INZ	10
Vergütung der Ersteinschätzung	13
Festlegung von INZ-Standorten durch erweiterte Landesausschüsse	14
Evaluationen durch Kassenärztliche Vereinigungen	16
Weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf	17
Neue BSG-„Schockraum 3“-Rechtsprechung	17
Versorgung Nichtversicherter	18

Zusammenfassung

Die derzeitige ambulante Notfallversorgung muss für die Bevölkerung spürbar verbessert werden. Hilfesuchende Patientinnen und Patienten müssen sich zukünftig darauf verlassen können, dass sie bei akutem Behandlungsbedarf zeitnah in die für sie richtige Versorgungsebene gesteuert und angemessen versorgt werden. Die Ressourcen des Gesundheitssystems müssen effizient genutzt werden.

Wie dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für eine ambulante Notfallreform zu entnehmen ist, soll dabei den Krankenhäusern in Form von Integrierten Notfallzentren (INZ) eine zentrale Rolle zuteilwerden. Leider leidet das Reformvorhaben wieder einmal unter dem mangelnden politischen Willen, die Refinanzierung von Leistungen der Notfallbehandlung an Krankenhäusern fair und für alle Beteiligten angemessen zu gestalten. Mit dem Ausbleiben einer Vorhaltevergütung für Krankenhäuser, die die ambulante Notfallbehandlung vornehmlich aufrechterhalten, ist anzunehmen, dass der flächendeckende Betrieb von INZ nicht als Teil der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge erachtet wird. Dabei übernehmen Krankenhäuser mit ihren Notaufnahmen – trotz einer defizitären Leistungserbringung sowie Abrechnung lediglich über den nicht auskömmlichen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) – nunmehr seit mehreren Jahrzehnten einen großen Anteil der ambulanten Notfallversorgung. An dieser Stelle stellt sich daher die grundsätzliche Frage, ob Krankenhäuser in den Sicherstellungsauftrag der KVen in dem im Gesetzentwurf vorgesehenen verpflichtenden Umfang eingebunden werden können. Krankenhäuser sollen zu „Hilfsorganen“ des vertragsärztlichen Sicherstellungssystems werden, obwohl sie selbst nicht dessen Träger sind und dies nicht auskömmlich vergütet bekommen. Die originäre Verantwortung der KVen für die notdienstliche Akutversorgung teilweise auf Krankenhäuser zu verlagern, ohne diese dauerhaft auskömmlich zu vergüten, stößt daher schon grundsätzlich und auch aus verfassungsrechtlicher Sicht auf Bedenken.

Die Krankenhäuser hatten mehrfach Vorschläge in die politischen Diskussionen eingebracht, mit der eine faire Refinanzierung von Leistungen an Integrierten Notfallzentren – unabhängig davon, ob sie von vertragsärztlichen Leistungserbringern oder von Krankenhäusern erbracht werden – gewährleistet wäre. Mit Bedauern nehmen die Krankenhäuser zur Kenntnis, dass ihr Einsatz wieder einmal nicht gewürdigt wird, sie aber als verlässlicher Partner angesehen werden, auf deren Ressourcen wie selbstverständlich zurückgegriffen werden darf. So sollen sich beispielsweise KVen der Verantwortung für die INZ entziehen können, wenn der Versorgungsbedarf auch von den Krankenhäusern oder ihren Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gedeckt werden könne. Während den meisten Akteuren im vorliegenden Entwurf eine Refinanzierung ihrer Aufwände über Anschubfinanzierungen und Aufstockung des Strukturfonds zugebilligt wird, sollen die Krankenhäuser weiterhin über den nicht auskömmlichen EBM und innerhalb der morbiditätsbedingten Vergütung entlohnt werden. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass die Ersteinschätzung als Einzelleistung im EBM verankert und die dort bereits verankerten Zuschläge je nach Betreuung und Überwachung weiterentwickelt werden sollen. Solange der Gesetzgeber die erforderlichen Vorhaltekosten nicht anerkennt, sondern stattdessen die Festlegung der Vergütungshöhe der bekannten Systematik des erweiterten Bewertungsausschusses überlässt, wird sich für Krankenhäuser erwartungsgemäß spürbar nichts verändern.

Unabhängig von dieser übergeordneten Problematik weisen die beabsichtigten Regelungen im vorliegenden Gesetzentwurf zudem einen hohen Grad an Komplexität auf, der mit unklaren Strukturen für Patientinnen und Patienten, nicht nachverfolgbaren Patientenpfaden für an der Notfallversorgung beteiligte Leistungserbringer, einem fehlenden Zusammenwirken der verschiedenen vorgesehenen Elemente, dem Aufbau von Doppelstrukturen sowie teilweise mit unverbindlichen Verpflichtungen für Leistungserbringer einhergeht. Überschattet wird das Reformvorhaben zudem von der derzeit vielerorts fehlenden digitalen Infrastruktur, die für ein nachverfolgbares und damit effizientes Notfallsystem notwendig ist. Hier wäre die Devise gewesen, das System nicht gleich im ersten Schritt zu kompliziert aufzuziehen, sondern die digitale Struktur für die Kommunikation zwischen den vielen verschiedenen Akteuren stufenweise und mit festen Fristen versehen aufzubauen und daran angelehnt auch die Reformschritte auszurichten. Andernfalls werden an unterschiedlichen Stellen im Gesundheitssystem mit viel Kraftanstrengung Strukturen aufgebaut, die nicht aufeinander abgestimmt sind und damit zu einer Ineffizienz der eingesetzten und knappen Ressourcen führen werden.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass zeitlich parallel das Verfahren für ein Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) gestartet wurde. Hierin finden sich Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung, die den zielgerichteten Zugang der Versicherten auch in die Notfallversorgung ermöglichen soll. Zudem arbeitet das BMG nach eigenen Aussagen gerade an einem Referentenentwurf für ein Primärversorgungssystem. Auch hier soll es zu einer digitalen Erst- bzw. Bedarfseinschätzung kommen. Von einer Verzahnung der drei Vorhaben ist man leider weit entfernt, es finden sich keine wechselseitigen Hinweise oder Harmonisierungen in den Entwürfen. Obwohl der Ausgangspunkt immer der Patient oder die Patientin ist, der oder die bei derselben Telefonnummer anrufen soll und der Versorgungsbedarf erst in der Folge festgestellt werden kann, werden die Vorhaben getrennt voneinander diskutiert. So spricht der Gesetzentwurf zur Notfallreform an mehreren Stellen von einer medizinischen Ersteinschätzung, das GeDIG hingegen von einer Bedarfseinschätzung, wobei Letzteres der passendere Begriff ist.

Die Politik hält bezogen auf INZ an dem verpflichtenden Dreiklang aus Krankenhausnotaufnahme, gemeinsamem Tresen und Notdienstpraxis – wie er schon spätestens seit dem Sachverständigenratsgutachten 2018 als Idealmodell angepriesen, aber trotz aller Bemühungen der Krankenhäuser faktisch so gut wie nicht oder nur unzureichend gelebt wird – und einer Weiterfinanzierung über den EBM fest. Sieht die Bundesregierung diese Struktur als obligat an, dann muss sie diese konsequenterweise auch verpflichtend im Gesetz verankern, und keine Szenarien erlauben, bei denen die Verpflichtung der KVen auf Kosten der Krankenhäuser relativiert werden kann.

Eine Rettungsdienstreform ist auch aus Sicht der Krankenhäuser dringend notwendig, da sie das Potenzial besitzt, die präklinische Patientensteuerung effizient zu gestalten und damit die Ressourcen der Notaufnahmen von Krankenhäusern und INZ zu schonen. Wie bereits mehrmals angemahnt, erachten sie jedoch die undifferenzierte Integration der Rettungsdienstreform in eine Notfallreform – trotz des erforderlichen Zusammenwirkens der beiden Reformen – für das parlamentarische Verfahren potenziell als schädlich, da dies aufgrund von Kompetenzüberschreitungen zwischen Bund und Ländern zu einem Scheitern der Gesamtreform führen könnte. Wir schlagen stattdessen vor, bestimmte Rettungsdienstreformelemente (§§ 60, 133, 133g SGB V) im parlamentarischen Verfahren von der Notfallreform zu entkoppeln und diese im Schulterschluss mit den Ländern zeitlich parallel zur Notfallreform in einer eigenen Rettungsdienstreform auf den Weg zu bringen. Regelungen hingegen,

die für das Funktionieren des Gesundheitsleitsystems, der medizinischen Notfallrettung und digitalen Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung (§§ 133a, 133b, 133c SGB V) vor dem Hintergrund des direkten Zusammenspiels zwingend notwendig sind, sollten weiterhin in der Notfallreform integriert bleiben. Dies würde die Akzeptanz bei allen betroffenen Verantwortlichen steigern und das vorliegende Reformvorhaben nicht gefährden.

Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen in allen Sektoren des Gesundheitswesens ist überdies übergeordnet und politisch sowie gesamtgesellschaftlich die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung dringend in Angriff zu nehmen. Dies ist unabhängig davon, in welcher Form die Notfallreform gestaltet wird, nicht nur für deren mittelfristigen Erfolg entscheidend, sondern sollte vor dem Hintergrund knapper Ressourcen für das gesamte deutsche Gesundheitssystem leitend sein. Hier gilt es, die Gesundheits- aber auch die Gesundheitssystemkompetenz der Bevölkerung in besonderem Maße zu stärken und sie dafür zu schulen, Behandlungsbedürftigkeit von Nicht-Behandlungsbedürftigkeit sowie Notfälle von allgemeinen medizinischen Behandlungsbedarfen zu unterscheiden, damit sie das System der Notfallversorgung nicht als Angebot wahrnehmen, das jederzeit und undifferenziert in Anspruch genommen werden darf. Der vorliegende Entwurf lässt das Bestreben der Politik an dieser Stelle vermissen. Wie soll transparent gemacht werden, in welchen Fällen eine Akutleitstelle kontaktiert werden darf? Wie soll bewirkt werden, dass Hilfesuchende nicht direkt ein INZ aufsuchen, sondern vorher die Akutleitstelle anrufen? Statt präventive Elemente zu etablieren, die zur prospektiven Steuerung dienen können, soll stattdessen am Ende der Kette angesetzt und Krankenhäusern die Aufgabe übertragen werden, Hilfesuchende ohne vorangehenden Kontakt mit der Akutleitstelle abzuweisen bzw. zu verweisen. Hier muss die Politik ihrer Verantwortung gerecht werden und verbindliche präventive und aufklärende Elemente für die Bevölkerung gesetzlich verankern.

Wir möchten in Zusammenhang mit der Notfallreform darauf hinweisen, dass die Krankenhäuser ausdrücklich die neuen Bestrebungen des Bundesgesundheitsministers begrüßen, den Schutz der Beschäftigten im Krankenhaus zu stärken und entsprechende Übergriffe künftig konsequenter und vor allem zeitnah zu ahnden. Die beschleunigte Strafverfolgung und eine wirksame Durchsetzung von entsprechenden Konsequenzen unterstreichen, dass dem Gesetzgeber die Sicherheit des Krankenhauspersonals ein wichtiges Anliegen ist. Zugleich rückt dies den Schutz derjenigen in den Fokus, die die medizinische und pflegerische Versorgung in den Notaufnahmen zu jeder Zeit sicherstellen.

Im Folgenden nimmt die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu mehreren kritikwürdigen Einzelaspekten Stellung. Neben einer grundlegenden Bewertung, die sich auf wesentliche Inhalte bezieht, finden sich weitere Bewertungen zu einzelnen Aspekten der Regelungen sowie gesetzestextliche Änderungsvorschläge in der **Anlage** zu dieser Stellungnahme.

Grundlegende Bewertung zentraler Aspekte

Patientensteuerung über 116117, Akutleitstelle und Gesundheitsleitsystem

Neuregelungen §§ 75, 133a SGB V

Unter der Telefonnummer 116117 soll künftig neben der Terminservicestelle auch eine Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu erreichen sein. Letztere soll, auf Antrag eines Leistungserbringers des Notfallmanagements, mit der 112 vernetzt werden und mit ihr das Gesundheitsleitsystem in Notfällen bilden. Während die 116117 von Montag bis Samstag sowohl als Terminservicestelle (ohne genaue Zeitangabe, mutmaßlich tagsüber) als auch als Akutleitstelle (24 Stunden) fungieren soll, soll sie nachts und sonntags nur die Telefonnummer zur Akutleitstelle sein.

Der Gesetzentwurf vermischt dabei zwei grundlegend verschiedene Funktionen unter einer Nummer: die a priori Terminvermittlung in die Regelversorgung einerseits und die akute medizinische Triage andererseits. Diese Konstruktion folgt keinem bewährten internationalen Vorbild und gefährdet die Akzeptanz einer zentralen Patientensteuerung. Erfolgreiche Systeme, wie NHS 111 in England oder die 1813 in Dänemark, zeigen, dass funktionierende Patientensteuerung vor allem eines erfordert: Klarheit und Konstanz der Funktion hinter jeder Nummer. In beiden Ländern steht hinter der jeweiligen Nummer eine einzige stabile Funktion, 24 Stunden, 7 Tage die Woche, mit derselben Aufgabe zu jeder Zeit. Besonders das dänische Modell macht dabei deutlich, worauf es ankommt: Die 1813 dort ist keine allgemeine Terminvermittlung, sondern eine Akutanlaufstelle für medizinisch dringende Situationen, in denen der Hausarzt nicht erreichbar ist. Terminvermittlung erfolgt im Rahmen der Triage, wenn sich herausstellt, dass kein sofortiger Handlungsbedarf besteht, aber eine zeitnahe Behandlung nötig ist.

In Deutschland hingegen war die 116117 von Anfang an mit mehreren Funktionen belegt, was durch aktuelle Diskussionen zu einem Primärversorgungssystem auch noch weiter zementiert wird: Terminservicestelle einerseits, ärztlicher Bereitschaftsdienst bzw. Akutleitstelle andererseits und künftig auch noch Bedarfseinschätzungsstelle. Dieses Konstrukt war von Beginn an undurchsichtig und ist in der Bevölkerung nie wirklich angekommen. Eine weitere Ausdifferenzierung der Funktionen, mit wechselnden Aufgaben je nach Wochentag und Tageszeit, macht dieses Konstrukt nicht besser, sondern vollends unverständlich. Die 116117 ist trotz jahrelanger gesetzlicher Verankerung der Bevölkerung weitgehend unbekannt und vielfach mit negativen Erfahrungen verbunden. Diese Nummer muss als rund um die Uhr verfügbare Anlaufstelle transparent gemacht und ausgestaltet werden. Ergibt ein Fall bspw. an einem Sonntag die Situation, dass ein Termin in der Regelversorgung in den nächsten Tagen ausreichend ist, so muss auch am Sonntag eine Terminvermittlung möglich sein. Nur so wird verhindert, dass Hilfesuchende nach einem Erstkontakt ohne abschließende Orientierung zurückbleiben und in der Folge unnötig Integrierte Notfallzentren aufsuchen. Sie muss zudem mit der 112 vernetzt sein, damit Hilfesuchende in lebensbedrohlichen Situationen unverzüglich weitergeleitet werden können — und umgekehrt.

Änderungsvorschläge

Es bedarf insofern einer prinzipiellen Neuausrichtung der 116117.

Damit dieses System funktionieren kann, ist zudem eine grundlegende Förderung der Gesundheits- und Gesundheitssystemkompetenz in der Bevölkerung erforderlich. Die DKG sieht es als zwingende Voraussetzung, dass die Politik eine umfassende, national koordinierte Aufklärungskampagne initiiert und finanziert, die der Bevölkerung ihre Anlaufstellen klar vermittelt. Hierfür müssen Regelungen zur Förderung der Gesundheits- und Gesundheitssystemkompetenz in die Notfallreform aufgenommen werden.

Eine Vernetzung mit der 112 ist sachgerecht und wichtig. Warum dies nur auf Antrag eines Leistungserbringers des Notfallmanagements und nicht verpflichtend erfolgen soll, ist im Sinne einer einheitlichen und effektiven Patientensteuerung nicht nachvollziehbar. Vielmehr sollte eine Vernetzung von 112 und der Akutleitstelle der KVen obligat vorgesehen werden. Hierfür kann eine Verpflichtung zu einem in der Zukunft liegenden Zeitpunkt (bspw. ab 2028) oder schrittweise eingeführt werden, um realistische Verpflichtungen für die digitalen Vorkehrungen und insbesondere Fallübergaben zu ermöglichen.

§ 133a Absatz 1 Satz 1 ist daher wie folgt zu fassen:

„Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 und die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle sind verpflichtet, bis zum 01.01.2028 eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung von Gesundheitsleitsystemen zu schließen.“

Verpflichtung von KVen, Notdienstpraxen an INZ einzurichten

Neuregelungen in §§ 123, 123a, 123c SGB V

Im vorliegenden Entwurf wird an dem Dreiklang aus Krankenhausnotaufnahme, gemeinsamem Tresen und Notdienstpraxen für INZ festgehalten. Damit wird dem Vorschlag der Krankenhäuser und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den sie bereits im Vorfeld in die politischen Diskussionen eingebracht hatten, nicht gefolgt. Zur Vermeidung von Doppelstrukturen sowie für einen effizienten und realistischen Einsatz von medizinischen und insbesondere personellen Ressourcen hatten sie vorgeschlagen, über einvernehmliche Kooperationsvereinbarungen an INZ-Standorten Ausnahmen von der Regel zu ermöglichen, mit denen bei Notwendigkeit die Aufgaben der Notdienstpraxen von Krankenhäusern übernommen werden. Voraussetzung für dieses Angebot ist aber nach wie vor die Etablierung eines Vorhaltebudgets für INZ (Ausführungen zum Vorschlag für ein Vorhaltebudget siehe weiter unten). Krankenhäuser und KVen sollten zwar nach wie vor verpflichtet werden, die Verantwortung für die ambulante INZ-Notfallversorgung in ihrer Region gemeinsam zu tragen und INZ gemeinsam personell zu besetzen. In ihrer Kooperation sollten sie aber frei sein und damit mehr und ressourcenschonenden Spielraum haben. Ein gemeinsamer Betrieb von Klinik und KV sollte dabei die Regelform darstellen, möglich wären aber auch einvernehmliche Regelungen als Ausnahme von der Regel. Schon jetzt ist es der Fall, dass Notdienstpraxen und Notaufnahmen gemeinsam auf apparative, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten von Krankenhäusern zurückgreifen. Daher ist es nicht erforderlich, die Sektoren organisatorisch so klar voneinander abzugrenzen und Doppelstrukturen aufzubauen. In diesem Falle sollte aber – und das ist die Grundvoraussetzung für das Entgegenkommen der Krankenhäuser – der übernehmende Partner sämtliche finanziellen Mittel aus dem Vorhaltebudget, die für die Leistungen des INZ vorgesehen sind, erhalten.

Da der vorliegende Entwurf aber an der „klassischen“ INZ-Struktur festhält, ist es wie vorgesehen folgerichtig, Mindestanforderungen an die Notdienstpraxen zu stellen und damit (inkl. der Vorgaben zu Kontrollen, Prüfungs- und Berichtspflichten) den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu beauftragen. Es dürfen aber keine Ausnahmen von den Notdienstöffnungszeiten a priori ermöglicht werden, wie es in § 123a Absatz 2 SGB V vorgesehen ist. Denn demnach sollen kürzere Öffnungszeiten der Notdienstpraxen möglich sein, „soweit die Kassenärztliche Vereinigung gegenüber dem Träger des Krankenhauses nachweist, dass der Betrieb der Notdienstpraxis zu den in Satz 6 genannten Öffnungszeiten aufgrund der tatsächlichen Inanspruchnahme der Notdienstpraxis nicht bedarfsgerecht wäre“. Der Nachweis ist nicht näher geregelt und lässt Interpretationsspielraum zu. Diese a priori-Ausnahme ist zu streichen. Stattdessen ist eine Evaluation vorzusehen, die die Inanspruchnahme von INZ nach einer bestimmten Zeit überprüft und einvernehmliche Anpassungen in Kooperationsverträgen ermöglicht, wobei es dabei nur um die Reduzierung von Öffnungszeiten und nicht um das Einstellen des Betriebes von Notdienstpraxen gehen kann.

Änderungsvorschläge

§ 123a Absatz 2 Satz 7 SGB V ist ersatzlos zu streichen.

In § 123 SGB V wird festgelegt, dass die fachliche Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle und ihre fachliche Leitung dem Krankenhaus obliegen, wenn in der Kooperationsvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist. Dies wird als sachgerecht erachtet. Der Entwurf lässt aber eine eindeutige Regelung zur fachlichen Leitung des INZ vermissen. INZ sollen an Krankenhausstandorten etabliert werden. Es sollen vornehmlich die Ressourcen von Krankenhäusern genutzt und die Notdienstpraxen sollen lediglich in einem begrenzten Umfang im INZ tätig werden. Die fachliche und organisatorische Leitung muss daher unabhängig von der genauen Ausgestaltung der Kooperation unmissverständlich beim Krankenhaus liegen.

§ 123 Absatz 1 Satz 4 SGB V ist daher wie folgt zu fassen:

*„Die fachliche Verantwortung für ~~die zentrale Ersteinschätzungsstelle~~ **das Integrierte Notfallzentrum** und ihre fachliche Leitung obliegen dem zugelassenen Krankenhaus, ~~wenn in der nach § 123a Absatz 2 Satz 1 abzuschließenden Kooperationsvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist.~~“*

An dieser Stelle erfolgt zudem ein Hinweis zum Einbezug von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in die notdienstliche Akutversorgung. Die beabsichtigten gesetzlichen Regelungen in § 123 Absatz 1 Satz 7 SGB V sind nicht zu beanstanden und der Einbezug von MVZ insbesondere als Kooperationspraxis von INZ wird grundsätzlich begrüßt. Bei MVZ handelt es sich aber – entgegen der mancherorts propagierten Ideallösung – um Strukturen, die insbesondere für Sprechstunden- und sprechstundennahe Zeiten Lösungen anbieten und insbesondere außerhalb der § 123a Absatz 2 Satz 6 SGB V genannten Zeiten die notdienstliche Akutversorgung an INZ mitgestalten können. Eine weitreichende Übernahme der Aufgaben der Notdienstpraxen in der vorgesehenen Zeit wird damit vielerorts nicht einhergehen können.

Finanzierung von Leistungen der Krankenhäuser

Neuregelungen in § 87 SGB V

Die Regelung in § 87 Absatz 2a Satz 21 SGB V differenziert die durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V für die ambulante Notfallversorgung zu beschließenden berechnungsfähigen Vergütungen. Gegenüber dem von der Vorgängerregierung eingebrachten Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drs. 20/13166) ist hervorzuheben, dass der vorliegende Gesetzentwurf immerhin Regelungen zur Vergütung von Notfallleistungen benennt.

Im Zusammenhang mit der vorgesehenen Differenzierung gemäß § 87 Absatz 2a Satz 21 SGB V wird in der Begründung auf die bisherige Verpflichtung des Ergänzten Bewertungsausschusses (ErgBA) verwiesen, welcher die Gebührenordnungspositionen des EBM für die Versorgung im Notfall und Notdienst zu beschließen hat. Ferner wird ausgeführt, dass mit der Neuregelung in § 87 Absatz 2a Satz 21 Nr. 2 SGB V der bisherige Auftrag zur Regelung der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen für die Versorgung mit telemedizinischen Leistungen fortgeführt wird. Faktisch wird damit nur eine Umformulierung der bereits in § 87 Absatz 2a SGB V getroffenen Regelungstatbestände vorgenommen, eine gesetzlich notwendige Anpassung der Vergütung wird nicht vorgesehen.

Vorgesehen werden in § 87 Absatz 2a Satz 21 Nr. 3 SGB V allerdings zusätzlich berechnungsfähige Zuschläge für Versicherte, die wegen Art, Schwere oder Komplexität eine besonders aufwändige Betreuung und Überwachung in den Notaufnahmen eines Integrierten Notfallzentrums bedürfen. Allerdings wird in der Begründung hierzu auf die bereits im EBM vorhandenen Schweregradzuschläge bei ambulanter Notfallbehandlung hingewiesen, welche nach § 87 Absatz 2a Satz 21 Nr. 3 SGB V insoweit überprüft und weiterentwickelt werden sollen; adressiert werden ebenfalls im EBM bereits enthaltene Schweregradzuschläge.

Vollkommen unverständlich ist, dass eine Berechnung dieser Zuschlagsleistungen nach § 87 Absatz 2a Satz 21 Nr. 3 (neu) SGB V allein für die Notaufnahmen nach § 123 und § 123b (neu) SGB V vorgesehen wird. Daraus folgt im Umkehrschluss, dass die Vergütung einer im Bedarfsfall notwendigen stundenweisen Betreuung und Überwachung in einer Notaufnahme ohne Integriertes Notfallzentrum nicht zulässig ist, wenngleich der vorliegende Gesetzentwurf auch vorsieht, dass nach Ersteinschätzung eines Krankenhauses ohne Integriertes Notfallzentrum eine Versorgung auch dann vor Ort erfolgen könne, wenn eine Weiterleitung unzumutbar ist. Diese werden jedoch im Vergleich zu einem INZ bei derselben Leistung aus nicht nachvollziehbaren Gründen finanziell schlechter gestellt, obwohl das Krankenhaus diese Leistung erbringen soll und muss.

Der Gesetzentwurf sieht zudem vor, dass die Vergütung der ambulanten Notfallleistungen weiterhin innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt, unabhängig davon, ob die Leistungen von Krankenhäusern oder Vertragsärzten erbracht werden. Vor dem Hintergrund, dass die Leistungen des EBM für die Vergütung ambulanter Notfallleistungen weiterhin Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, ist eine substantielle Vergütungsanpassung unter Berücksichtigung der spezifischen Krankenhauskosten nicht zu erwarten. Vielmehr ist aufgrund der fortbestehenden Zuweisung der Leistungen zur morbiditätsbedingten Vergütung davon auszugehen, dass bestehende

Gebührenordnungspositionen im EBM eher abgewertet werden, um insbesondere eine Refinanzierung der Zuschläge gemäß § 87 Absatz 2a Satz 21 Nr. 3 (neu) SGB V innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu gewährleisten. Zwar ist hervorzuheben, dass gegenüber dem Referentenentwurf der Gesetzentwurf nunmehr einen finanziellen Mehrbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung ausweist. Dieser wird mit rund 100 Millionen Euro aufgrund zusätzlicher vertragsärztlicher Vergütung beziffert. Allerdings ist damit die bereits im Jahr 2015 empirisch nachgewiesene (MCK/DGINA 2015: Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus¹) und seitdem weiterhin bestehende, massive Unterfinanzierung der ambulanten Notfallvergütung in den Krankenhäusern in keiner Weise kostenaufwandsgerecht abbildbar.

Festzuhalten ist, dass die bestehende Unterfinanzierung der von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Notfallleistungen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht verbessert wird und dies, obwohl ein erheblicher Anteil der ambulanten Notfallleistungen nachweislich nur von Krankenhäusern durchgeführt werden können.

Darüber hinaus greift der vorliegende Gesetzentwurf die von den Krankenhäusern eingebrachten Vorschläge zur Finanzierung von Standorten mit Integrierten Notfallzentren nicht auf, wonach die Finanzierung der Betriebskosten des Integrierten Notfallzentrums im Rahmen eines auskömmlich kalkulierten, vom stationären Budget abzugrenzenden INZ-Budgets erfolgen muss. Für das Gelingen der (dringend benötigten) Notfallreform ist aber zwingend ein neues Vergütungssystem notwendig. Ohne eine auskömmliche Finanzierung ambulanter Notfallleistungen werden Reformvorhaben ins Leere laufen. Die von der letzten Bundesregierung eingesetzte Regierungskommission weist in ihrer vierten Stellungnahme zur „Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland“ auf die unzureichende Refinanzierung hin und mahnt zugleich ein neues Vergütungssystem an; der vorliegende Gesetzentwurf berücksichtigt keine dieser Forderungen.

Die Krankenhäuser fordern erneut ein neues, auskömmliches und vor allem zielgerichtetes Finanzierungsmodell für INZ und ihre Betreiber. Die Finanzierung des INZ muss künftig im Rahmen eines sachgerecht kalkulierten, vom stationären Budget abzugrenzenden INZ-Budgets erfolgen. Die INZ-Budgetkalkulation muss dabei alle zu erwartenden Sach- und Personalkosten für die ambulante Versorgung von (Notfall-)Patientinnen und (Notfall-)Patienten sowie eine kostendeckende Finanzierung der für die ambulante Versorgung von Notfällen notwendigen Vorhaltungen im Rahmen des INZ umfassen. Dabei sind auch weitere erforderliche Kosten (z. B. Energiekosten) zu berücksichtigen. Die anfallenden Kosten sind in einem jährlich neu zu verhandelndem Budget zu vereinbaren.

Darüber hinaus darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass der vorliegende Gesetzentwurf die vertragsärztlichen Leistungserbringer von der Verpflichtung zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung sogar zu wirtschaftlich ungünstigen Zeiträumen entlastet. Die an INZ beteiligten Notdienstpraxen müssen lediglich bestimmte festgelegte Öffnungszeiten einhalten, von der die KVen sogar abweichen können. Dies steht im Widerspruch zur Gewährleistung einer rund um die Uhr zur Verfügung stehenden vertragsärztlichen Versorgung, wie in § 75 Absatz 1b (neu) SGB V vorgesehen ist. Damit sind die Notaufnahmen der Krankenhäuser in zunehmendem Maße Anlaufpunkt zu den Zeiten,

¹ Online abrufbar unter: [Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus 2015 MCK DGINA](#) [zuletzt abgerufen am 04.09.2026]

in denen die Notdienstpraxen nicht besetzt sind. Mit dieser impliziten Erweiterung des Versorgungsauftrages und der Belastung der Krankenhäuser muss zwingend eine adäquate und auskömmliche Finanzierung für deren ambulante Notfallleistungen einhergehen. Es kann nicht sein, dass die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung sich nur dann in der Pflicht sieht, wenn durch entsprechende Fallzahlen eine weitgehende Refinanzierung des Angebotes möglich ist, die teuren Randzeiten ohne adäquate Refinanzierung dann aber von den Kliniken erbracht werden sollen.

Änderungsvorschläge

§ 87 Absatz 2a Satz 21 SGB V wird wie folgt geändert:

*„Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a beschließt **unter Berücksichtigung der spezifischen Kostenstrukturen der Notaufnahmen zugelassener Krankenhäuser** im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen*

1. *Regelungen für die Versorgung im Notdienst sowie für die Versorgung in Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2,*
2. *Regelungen für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen sowie*
3. *Zuschläge für die Gruppe der Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Behandlungsdiagnose einer besonders aufwändigen Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines ~~Integrierten Notfallzentrums~~ Krankenhauses nach ~~§ 123 Absatz 1 oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche nach § 123b Absatz 1~~ bedürfen.“*

In § 87a Absatz 3 Satz 5 Nr. 8 SGB V wird nach dem Wort „Heimen“ der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nr. 9 eingefügt: **„Leistungen nach § 87 Absatz 2a Satz 21 Nr. 1 bis 3“**

In Artikel 1 Nr. 17 wird in § 123 SGB V ein neuer Absatz 3 eingefügt; die bisherigen Absätze 3 bis 5 werden zu den Absätzen 4 bis 6:

„Die Leistungen der Integrierten Notfall-zentren nach Absatz 1 werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den nach § 123 zur Leistungserbringung bestimmten Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land jährlich als Budget vereinbart. Die Vergütung nach Satz 1 muss die Leistungsfähigkeit der Integrierten Notfallzentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten, die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sind hierbei zu berücksichtigen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a KHG ihren Inhalt innerhalb von drei Monaten fest. § 295 Absatz 1b Satz 1 gilt entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen wird von den Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 vereinbart.“

In § 123b Absatz 2 SGB V wird nach „§ 123 Absatz 1, 2,“ der Wortlaut **„3,“** eingefügt und aus den Wörtern „3 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und 3 und Absatz 4“ werden die Wörter **„4 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und 3 und Absatz 5“**.

Ersteinschätzung an nicht-INZ-Krankenhäusern sowie Ersteinschätzung an INZ

Im Unterschied zum Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung der Vorgängerregierung sieht der nun vorliegende Gesetzentwurf in § 120 Absatz 3b SGB V (neu) sowie § 123c Absatz 1 SGB V (neu) Regelungen zur Teilnahme und Vergütung von Krankenhäusern ohne INZ-Status vor. Es wurde erkannt, dass es nicht vermeidbar ist, dass sich trotz einer vorgesehenen Patientensteuerung weiterhin Hilfesuchende direkt an Krankenhäuser wenden werden, die im Rahmen der Standortplanung und -festlegung nicht den Status eines INZ erlangen. Diese Krankenhäuser werden mit der vorliegenden Regelung richtigerweise nicht von der ambulanten Notfallversorgung ausgeschlossen. Sie können unter bestimmten Bedingungen weiterhin an ihr teilnehmen.

Allerdings ist keine klare Linie erkennbar. Statt einer klaren gesetzlichen Regelung, die eine Behandlung an diesen Standorten niederschwellig erlaubt, wird der G-BA wieder mit einer Richtlinie zur Ersteinschätzung beauftragt, deren Ergebnis die Antwort liefern soll, ob Hilfesuchende an diesen Standorten behandelt werden können oder an INZ weitergeleitet werden müssen. Damit soll wieder in die Abläufe von Krankenhäusern eingegriffen werden, die eine präklinische Fehlsteuerung korrigieren und Hilfesuchende an INZ verweisen sollen. Wieder soll Krankenhäusern ein Ersteinschätzungsverfahren via Richtlinienenerlass als Leistungserbringungsberechtigung aufgebürdet werden, obwohl der G-BA erwartbar mangels Evidenz für ein Instrument, das auch die Ab- bzw. Verweisung erlauben könnte, an seine Grenzen stoßen und im Zweifel überzogene Anforderungen an das Verfahren stellen wird. Auch wenn direkte Kontakte mit einem nicht-INZ-Krankenhaus sicherlich durch eine funktionierende Notfallreform deutlich zurückgehen werden, dürfen für die Behandlung von Hilfesuchenden an nicht-INZ-Krankenhäusern keine hohen Hürden aufgebaut werden. Eine Ersteinschätzung zur Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit soll dennoch stattfinden, aber auf Grundlage eines standardisierten internen Verfahrens, das regionale Gegebenheiten berücksichtigt und in einer internen Verfahrensanweisung nachvollziehbar niedergelegt ist.

Diese Fälle sind wie bisher auch über den EBM, aber nunmehr angemessen, zu vergüten. Um den gegenüber der vertragsärztlichen Versorgung erhöhten Kostenaufwand der Krankenhäuser bei der ambulanten Notfallversorgung abzubilden, müssen die bisherigen EBM-Vergütungssätze angepasst werden. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht dies nicht vor, so verbleibt etwa die Vergütung ambulanter Notfallleistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Darüber hinaus sind notwendige Vergütungszuschläge für Überwachung und Betreuung, die auch in diesen Einrichtungen vorkommen können, nicht berechnungsfähig.

Unklar bleibt in dem Entwurf zudem, ob und in welchem Umfang sich Krankenhäuser ohne Integriertes Notfallzentrum zu verhalten haben, wenn Hilfesuchende selbstständig nach vorherigem Kontakt mit der Akutleitstelle diese Einrichtungen aufsuchen, weil ihnen das Aufsuchen des nächstgelegenen Krankenhauses empfohlen wurde. Diese Fallkonstellation wird mit dem vorliegenden Entwurf nicht ausgeschlossen. Hier ist dringend klarzustellen, dass diese Fälle keiner erneuten Ersteinschätzung zur Behandlungsbedürftigkeit am Standort bedürfen, und sich dies nicht nachteilig auf die Leistungsvergütung auswirken darf. Diese Fälle dürfen im Zuge der Abrechnung nicht mit überzogenen Begründungsanforderungen einhergehen.

Auch ist darauf hinzuweisen, dass viele Krankenhäuser künftig keinen INZ-Status erlangen werden, die heute die Notfallversorgung aufrechterhalten. Es wird unaufhaltsam zu einer Leistungsverdichtung in

INZ kommen, sodass diese möglicherweise aus Kapazitätsgründen Patientinnen und Patienten in Krankenhäuser ohne INZ verweisen bzw. verlegen müssen. Auch in diesem Fall sollte eine Leistungserbringung und -vergütung ohne erneute Ersteinschätzung nach § 123c Absatz 1 SGB V (neu) gewährleistet sein; dies wird aber im vorliegenden Gesetzentwurf nicht berücksichtigt. Die einer Versorgung nachgelagerte Abrechnung in solchen Fällen darf nicht mit überzogenen Begründungsanforderungen einhergehen.

Eine Verweisung von Hilfesuchenden sollte aber grundsätzlich nicht das Mittel der Wahl zur Patientensteuerung sein. Stattdessen schlagen die Krankenhäuser zur Steuerung eine Eigenbeteiligung für Versicherte vor, die vorher nicht die Akutleitstelle kontaktiert haben und an einem nicht-INZ-Krankenhaus, oder aber auch an einem INZ vorstellig werden. Die Idee des vorliegenden Entwurfes, dass diese vorstellig werdenden Hilfesuchenden an ein INZ verwiesen werden bzw. sich bei INZ auf längere Wartezeiten einstellen sollen, widerspricht dem Vorrang der medizinischen Behandlungsdringlichkeit und führt in der Praxis zu unnötigen Konflikten. Eine Direkt-Zugangsgebühr hätte das Potenzial, das GKV-System zu entlasten, indem Patientinnen und Patienten über den vorangehenden Kontakt zur Akutleitstelle direkt in die richtige Versorgungsebene gelenkt werden und auch ein bewussteres Empfinden für Notfälle und Nicht-Notfälle erhalten. Da diese Verwaltungsaufgabe den Krankenhäusern und INZ nicht zugemutet werden kann, und die Krankenkassen mit bereits existenten Instrumenten in Form von Zuzahlungsbefreiungen die wirtschaftliche und soziale Belastung ihrer Versicherten am besten berücksichtigen können, muss der Einzug bzw. die In-Rechnungstellung durch die Krankenkassen erfolgen. Eine Direkt-Zugangsgebühr hätte den Vorteil, dass die Patientenlenkung über den Weg einer direkt spürbaren Sanktion erfolgt und die begrenzten Ressourcen des Gesundheitssystems a priori geschont werden, ohne dass die Last des Verweisens auf Krankenhäusern liegt.

Der Auftrag an den G-BA, die Ersteinschätzung mit dem Ziel einer Verweisung an INZ zu regeln, ist daher ersatzlos zu streichen. An der Sach- und Tatsachenlage seit dem Nichtzustandekommen der G-BA-Ersteinschätzungsrichtlinie gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (alt) hat sich nichts geändert. Insbesondere gibt es nach wie vor kein Instrument, dass in einer untergesetzlichen Norm verankert werden kann.

Auch der Auftrag an den G-BA, die Festlegung der Versorgungsebene über ein Ersteinschätzungsverfahren zu regeln, ist zu streichen. Die Notfallreform definiert als eines der vorrangigen Ziele, dass Hilfesuchende nach einer telefonischen bzw. digitalen Ersteinschätzung in die richtige Versorgungsebene gelenkt werden. Ist hierbei ein INZ der Patientin/ dem Patienten als die richtige Versorgungsebene mitgeteilt worden, trifft die Patientin/ der Patient im INZ ein. Eine weitere Ersteinschätzung zur Festlegung der differenzierten Versorgungsebene (vertragsärztlich oder Notaufnahme) innerhalb des INZ ist nicht erforderlich, sondern entspricht wieder einem vermeidbaren und unnötigen Doppelaufwand, der zu keinem höheren Patientennutzen führt. Zudem ist zu berücksichtigen, dass bei Menschen in psychischen Notlagen, aber auch bei Missbrauch oder anderen Gewaltvorkommnissen, Vertrauen und Sensibilität unabdingbar sind, was durch das Erfordernis einer Mehrfacheinschätzung jedoch erheblich erschwert wird.

Sind aber mit dem Wort „selbständig“ nur diejenigen Hilfesuchenden gemeint, die vorher die Akutleitstelle nicht kontaktiert haben, ist dies hier dringend klarzustellen. Die Klarstellung muss auch im Hinblick darauf erfolgen, dass bis zum geregelten Nachweis mit Anbindung aller Leistungserbringer Hilfesuchende im Zweifel nicht belegen können, dass sie vorher die Akutleitstelle kontaktiert haben.

Es muss selbstverständlich eine Ersteinschätzung stattfinden, jedoch nicht zur Festlegung der Versorgungsebene, sondern zur Behandlungspriorisierung, was heute auch schon absoluter Standard in allen Notaufnahmen ist. Eines Auftrags an den G-BA bedarf es nicht.

Die Zusammenarbeit im INZ soll gemäß § 123c SGB V (neu) in Teilen Kooperationsverträgen obliegen. Die Arbeitsteilung vor Ort wird auch stark davon abhängig sein, welche vertragsärztlichen Strukturen mit welcher Expertise am INZ-Standort zur Verfügung stehen. Deshalb sollten die Vertragspartner vor Ort gemeinsam festlegen und dies ggf. auch in ihren Kooperationsverträgen niederlegen, ab welcher Stufe der standortspezifischen Behandlungspriorisierungsinstrumente welche Struktur am INZ zuständig ist. Da der Entwurf richtigerweise vorsieht, dass die vertragsärztliche Struktur (Notdienstpraxis) am oder in unmittelbarer Nähe zum INZ-Standort zur Verfügung stehen muss, braucht es keines Auftrags an den G-BA, sondern klare Spielregeln zwischen KVen und Krankenhäusern. Diese sollten in Kooperationsverträgen niedergelegt werden.

Änderungsvorschläge

Titel und Absatz 1 Sätze 1-4 des § 123c SGB V sind wie folgt zu ändern:

§ 123c Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ~~zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und~~ zu Anforderungen an ambulante Leistungserbringer des Integrierten Notfallzentrums

~~Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Richtlinie Vorgaben für eine qualifizierte, standardisierte und softwarebasierte Ersteinschätzung. Diese dient der~~ Zur Ermittlung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen, **ist eine standardisierte und softwarebasierte Ersteinschätzung durchzuführen.** Wird ein Krankenhausstandort aufgesucht, an dem ein Integriertes Notfallzentrum oder ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche eingerichtet ist, dient die in Satz 1 genannte Ersteinschätzung der in § 123 Absatz 2 Satz 1 genannten Entscheidung. Wird ein anderer Krankenhausstandort aufgesucht, ~~dient~~ **ist** die in Satz 1 genannte Ersteinschätzung ~~der zur~~ Entscheidung **heranzuziehen**, ob eine Behandlung am Krankenhausstandort oder eine Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum oder an ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche erfolgt.“

Außerdem ist der Auftrag an die Selbstverwaltung, in der vorgesehenen Rahmenvereinbarung nach § 123a SGB V auch Anforderungen zur Ersteinschätzung, zur Organisation und zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich der notwendigen Qualifikation, erforderlicher Schulungen und regelmäßiger Fortbildungen des Personals zu regeln, ersatzlos zu streichen. Ein Eingriff aus der Bundesebene heraus ist hier nicht notwendig. Die genannten Anforderungen können Teil der Kooperationsvereinbarung sein, wie es auch schon im Referentenentwurf vorgesehen war. Da nach wie vor keine Vorhaltefinanzierung von INZ durch Krankenkassen vorgesehen ist, erübrigt sich ihr Einbezug schon aus diesem Grund. Anders könnte es aussehen, wenn es zu einer Vorhaltevergütung kommt. Dann wäre eine Rahmenvereinbarung zu rechtfertigen.

Zudem empfiehlt sich dringend, den Begriff des „selbständigen“ Aufsuchens klar zu definieren, damit es nicht zu Missverständnissen bei der Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben kommt. Was genau

bedeutet „selbständig“ für den Gesetzgeber? Ein selbständiges Aufsuchen ohne Zuweisung oder ein selbst entschiedenes Aufsuchen?

Schließlich ist § 123a Absatz 4 zu streichen und die darin enthaltenen Aspekte sind für eine Rahmenvereinbarung in Absatz 2 (Inhalte der Kooperationsvereinbarung) zu verorten.

Vergütung der Ersteinschätzung

Vorgesehen wird, dass der ergänzte Bewertungsausschuss Regelungen im EBM zur Vergütung der Ersteinschätzung zu beschließen hat, die unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergüten ist. Grundsätzlich positiv ist, dass für die Ersteinschätzung eine gesonderte und von der weiteren Behandlung unabhängige Vergütung angedacht wird.

Allerdings fehlt die Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Kostenstrukturen vollkommen, so dass die Integration einer Leistung in den EBM bei wirtschaftlicher Betriebsführung für die Krankenhäuser nicht kostendeckend sein wird. Dies ist nachweislich darin begründet, dass große Anteile der ambulanten Notfälle nur mit den Strukturen und personellen Ressourcen der Krankenhäuser behandelt werden können. Diese Leistungen sind mit den typischen vertragsärztlichen Akutbehandlungen nicht vergleichbar und können mit diesen in der Finanzierung nicht gleichgestellt werden.

Während die Leistungen der ambulanten Notfallversorgung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zugewiesen werden (s. o.), bleibt für die zu beschließende Ersteinschätzungsvergütung offen, ob diese innerhalb oder außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren ist. Da § 87a SGB V im vorliegenden Gesetzentwurf dies nicht vorsieht, ist davon auszugehen, dass die Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verortet werden. Dies wirkt sich aber kontraproduktiv auf die Beratungen und Ergebnisse des ergänzten Bewertungsausschusses aus, sodass die gesetzlich vorgesehene Ersteinschätzungsvergütung zwingend außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren ist.

Änderungsvorschläge

Nach § 123c Absatz 2 Satz 1 SGB V wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Die Leistung nach Satz 1 ist unter Berücksichtigung der spezifischen Kosten der Krankenhäuser zu beschließen und muss bei wirtschaftlicher Betriebsführung kostendeckend sein.“

In § 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V wird eine Nr. 10 eingefügt:

„10. Leistungen nach § 123c Absatz 2 Satz 1.“

Festlegung von INZ-Standorten durch erweiterte Landesausschüsse

Neuregelungen in §§ 90, 123a und 123b SGB V

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht für die Standortfestlegung der Integrierten Notfallzentren vor, die Landesausschüsse um Vertreter der Krankenhäuser zu erweitern. Die erweiterten Landesausschüsse (eLA) nach § 90 Absatz 4a SGB V (neu) erhalten neben der Wahrnehmung der Aufgaben für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung damit weitreichende Aufgaben für die Einrichtung und den Betrieb von Integrierten Notfallzentren. Der eLA soll gemäß der §§ 123a (neu) und 123b SGB V (neu) SGB V unter vorrangiger Berücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser bestimmen, an denen INZ eingerichtet werden. Hierzu soll er im Vorfeld eine geeignete Planungsregion zur flächendeckenden Versorgung mit INZ festlegen. Bei Vorhandensein mehrerer geeigneter Standorte sollen notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen berücksichtigt werden, die im Gesetz auch näher definiert werden. Auch soll beurteilt werden, ob „*Notdienstpraxen in der Notaufnahme eingerichtet werden können*“ (§ 123a Absatz 1 Satz 6 Nr. 2 und 3 SGB V).

Zunächst ist zu begrüßen, dass die notfallmedizinisch relevanten Fachabteilungen im vorliegenden Entwurf – anders als in vorhergehenden Entwürfen – näher spezifiziert werden. Die Regelung gewinnt dadurch an Klarheit und Objektivierbarkeit.

Neu hinzugekommen ist nunmehr das Vorrangprinzip zugunsten von Bundeswehrkrankenhäusern. Da dieses bereits prominent im Eingangssatz des § 123a SGB V verankert ist, stellt sich die Frage nach seinem Verhältnis zu den weiteren, nach Satz 6 bei der Standortfestlegung zu berücksichtigenden Vorrangskriterien. Insbesondere bleibt unklar, welches Gewicht den einzelnen Kriterien im Verhältnis zueinander zukommt: Gibt etwa eine höhere Notfallstufe den Ausschlag oder überwiegt der Status als Bundeswehrkrankenhaus?

Die in der Gesetzesbegründung angeführten Erwägungen zur besonderen Bedeutung der Bundeswehrkrankenhäuser sind grundsätzlich nachvollziehbar. Aus Sicht der Krankenhäuser sollte daraus jedoch kein Verdrängungs-, sondern ein Ergänzungsprinzip folgen. Bundeswehrkrankenhäuser sollten daher bei entsprechendem Bedarf zusätzlich als INZ-Standorte festgelegt werden können, ohne dass hierdurch bestehende und leistungsfähige Strukturen der regionalen Notfallversorgung entfallen. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser mit einer hohen Notfallstufe ihre bislang etablierte Notfallversorgung aufgeben müssen. Dies wäre insbesondere dort schwer vermittelbar, wo bestehende Krankenhäuser über Jahre hinweg erhebliche personelle, organisatorische und infrastrukturelle Ressourcen in den Aufbau einer leistungsfähigen Notfallversorgung investiert haben.

Diese Problematik besteht im Übrigen auch unabhängig von dem vorgesehenen Vorrang für Bundeswehrkrankenhäuser. Dass bei der Standortfestlegung grundsätzlich Krankenhäusern mit einer höheren Notfallstufe Vorrang eingeräumt werden soll, erscheint auf den ersten Blick plausibel. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Notfallstufen-Regelung des G-BA keine bedarfsplanerische Funktion erfüllt. Die Zuordnung zu einer Notfallstufe richtet sich vielmehr danach, ob ein Krankenhaus die hierfür festgelegten strukturellen und personellen Anforderungen erfüllt.

Dies hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass auch mehrere Krankenhäuser in vergleichsweise geringer räumlicher Entfernung mit erheblicher Eigeninitiative, großem Engagement und

entsprechenden Investitionen jeweils eine hohe Notfallstufe erreicht haben. Auf diese Weise konnten sie gemeinsam eine leistungsfähige und verlässliche Notfallversorgung in ihrer Region sicherstellen.

Künftig besteht jedoch die Gefahr, dass einzelne dieser Krankenhäuser trotz ihrer bestehenden Strukturen und Leistungsfähigkeit allein aufgrund der räumlichen Nähe keinen INZ-Status erhalten. Damit könnten über Jahre hinweg aufgebaute Versorgungsstrukturen und erhebliche Investitionen nachträglich entwertet werden, obwohl sie bislang maßgeblich zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen regionalen Notfallversorgung beigetragen haben. Ein Auswahlmechanismus, der wesentlich an der 30-minütigen Erreichbarkeit und der erreichten Notfallstufe anknüpft, birgt damit die Gefahr, dass Investitionsentscheidungen, die unter anderen regulatorischen Rahmenbedingungen getroffen wurden, im Nachhinein ihre Grundlage verlieren. Das betrifft vielfach Krankenhausstandorte mit einer hohen Bedarfsnotwendigkeit in Ballungszentren. Dass die Zahl der zu versorgenden Menschen in der Planungsregion berücksichtigt werden soll, wird in der amtlichen Begründung für diese Regionen besonders erwähnt und eine höhere Anzahl von INZ attestiert. Hier wäre eine eindeutigere Formulierung auch im Gesetzestext wünschenswert. Vollkommen unklar ist, aus welchem Grund neben der bereits vorhandenen Krankenhausplanung des Landes eine zusätzliche Planung von Notfallstrukturen durch den erweiterten Landesausschuss erfolgen soll. Dies ist daher kategorisch abzulehnen. Die Krankenhausplanung der Länder berücksichtigt bereits eine flächendeckende Notfallversorgung, die durch die Etablierung einer weiteren Planungsebene mit eigenen Planungsregionen und Planungskriterien ausgehöhlt wird.

Hinzu kommt, dass dem Land im eLA nicht wenigstens ein Stimmrecht zusteht. Nach § 90 Absatz 4 SGB V wirken die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den (erweiterten) Landesausschüssen beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst dabei auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Antragstellung. Beschlüsse der erweiterten Landesausschüsse werden jedoch von der Kassenärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen und den Vertretern der Krankenhäuser mit einfacher Mehrheit getroffen. Die vorgesehene Konstruktion der eLA verleiht dem Land damit keine durchgreifenden Beteiligungs- bzw. Gestaltungsrechte. Die in § 123 Absatz 1 (neu) SGB V vorgesehene Möglichkeit einer Standortfestlegung durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde im Falle der Nichteinigung des eLA bei Überschreitung einer eingeräumten Nachfrist hat keine Relevanz.

So ist zu erwarten, dass durch die paritätische Besetzung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern eine nur scheinbar legitimierte Entscheidungsfindung aufgrund der Stimmrechtsverteilung der eLA erfolgen wird und Entscheidungen mit den Stimmen von KVen und Krankenkassen gegen das Votum der Krankenhäuser und auch gegen Entscheidungen der Krankenhausplanung des Landes getroffen werden können. In einer Reihe von öffentlichen Stellungnahmen haben die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen bereits kundgetan, die Anzahl der ambulanten Notfallstandorte in den Kliniken deutlich reduzieren zu wollen. Die eLA böte ihnen eine niederschwellige Möglichkeit, denn durch die vorgesehene Mehrheitsentscheidung könnte so über die Zukunft der Krankenhausstrukturen in Deutschland entschieden werden, ohne dass Krankenhäuser und Länder ein faktisches Mitspracherecht hätten. Das steht im absoluten Widerspruch zur verfassungsrechtlichen Länderzuständigkeit für die Krankenhausplanung.

Insgesamt ist die vorgesehene Neuregelung in § 90 Absatz 4a SGB V komplett zu streichen. Die Planung und Bestimmung von INZ ist durch den Krankenhausplanungs-Ausschuss auf Landesebene erforderlich, da die flächendeckende Planung von Krankenhausstrukturen dem Land obliegt. Als Grundlage für die Festlegungen könnten erforderliche Planungskriterien mit Empfehlungscharakter vom G-BA festgelegt werden, der hierfür die bedarfsplanerische Expertise vorweisen kann. Es ist nicht hinnehmbar, dass die Kompetenz zur Standortbestimmung der INZ sowie die Festlegung von Planungsregionen über die erweiterten Landesausschüsse, und damit in erster Linie von KVen und Kassen, erfolgen sollen.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehenen Änderungen in § 90 Absatz 4a SGB V sowie die damit im Zusammenhang stehenden Regelungen in § 123a Absatz 1 sowie § 123b Absatz 1 SGB V werden gestrichen.

Evaluationen durch Kassenärztliche Vereinigungen

Der Entwurf sieht in mehreren Regelungen Berichtspflichten der KVen vor. So sollen sie die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen und der Akutleitstellen insbesondere im Hinblick auf die fristgemäße Vermittlung von Arztterminen, die Häufigkeit der Inanspruchnahme und die Vermittlungsquote evaluieren (§75 Absatz 1e SGB V). Ebenso sollen sie den für die Sozialversicherung und den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden über die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren im Hinblick auf Abweichungen von den in § 123a Absatz 2 Satz 6 SGB V genannten Öffnungszeiten der Notdienstpraxis, auf die Anzahl der Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 5 sowie der einbezogenen Kooperationspraxen und der eingerichteten INZ für Kinder und Jugendliche, auf die Anteile der Inanspruchnahme des INZ mit und ohne vorherigen Kontakt zur Akutleitstelle sowie über die Auswirkungen auf die ambulanten Behandlungen in Notaufnahmen, die nicht über ein INZ verfügen, berichten (§ 123 Absatz 4 SGB V). Auch die Berichtspflichten im Zuge der Kooperationen innerhalb der Gesundheitsleitstelle sollen den KVen obliegen (§ 133a Absatz 5 SGB V).

Berichtspflichten in alleiniger Verantwortung der KVen werden strikt abgelehnt. Bei allen vorgesehenen Berichtspflichten handelt es sich um Regelungen, bei denen die KVen als Adressaten der maßgeblichen gesetzlichen Pflichten fungieren und bspw. auch alleinig Auskunft zu Kooperationstatbeständen geben sollen. Die Evaluationen müssen neutraler gestaltet und unabhängigen Institutionen überlassen werden. Eine Evaluierung durch die KVen ist hier nicht der zielführende Weg.

Weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf

Neue BSG-„Schockraum 3“-Rechtsprechung

Die nachfolgenden Darstellungen veranschaulichen deutlich, dass der EBM in der heutigen Fassung keinen angemessenen Gebührenrahmen für eine Vergütung der Notfallversorgung in Krankenhäusern darstellt und eine kostenaufwandsgerechte Vergütung der Krankenhausleistungen dringend notwendig ist. Oftmals entstehen in Krankenhausnotaufnahmen Situationen, bei denen insbesondere personelle, aber auch sächliche Mittel zum Einsatz kommen müssen, die so in der vertragsärztlichen Versorgung in Praxen nicht vorkommen und für die der EBM schon daher ungeeignet ist. Ein besonders eindrückliches Beispiel ist hier die Reanimationssituation.

Die Vergütung von kurzen Notfallbehandlungen in Form von Behandlungsmaßnahmen, die unter Verwendung hoher apparativer und personeller Ressourcen sowie hochpreisiger Sachmittel (u. a. teure Medikamente) erbracht werden, führte in Krankenhäusern früher zu erheblichen Abrechnungsproblemen, sofern die Patienten nach kurzer Behandlung in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden oder verstarben. Dies folgte aus der als „**Schockraum 1**“ bekannten Entscheidung des BSG vom 18.05.2021 (Az.: B 1 KR 11/20 R), in deren Rahmen das BSG eine stationäre Aufnahme selbst dann verneint und grundsätzlich eine ambulante Notfallbehandlung angenommen hatte, wenn die parallel zur Aufnahmediagnostik stattfindende Notfallbehandlung die personellen und sächlichen Ressourcen des Krankenhauses in hohem Maße beanspruchte. Diese abrechnungstechnisch für die Krankenhäuser höchst missliche Rechtsprechung hat das BSG durch seine Entscheidung vom 29.08.2023 (Az.: B 1 KR 15/22 R) aufgegeben (sog. „**Schockraum 2**“). Seitdem können Krankenhäuser Notfallbehandlungen, die bisher nur ambulant abgerechnet werden konnten, vermehrt stationär abrechnen.

Aktuell sind am 20.08.2026 drei Entscheidungen des BSG (Az.: B 1 KR 23/25 R, B 1 KR 21/26 R und B 1 KR 34/24 R) ergangen, deren Entscheidungstexte noch nicht abgesetzt sind. Auch wenn bislang nur der Terminbericht des BSG zu den Urteilen vorliegt (Nr. 26/2026), zeichnet sich doch ab, dass einige in Krankenhäusern erbrachte Notfallbehandlungen dem ambulanten Bereich zuzuordnen und nach EBM zu vergüten sind. Dies scheint der Fall zu sein, sofern im Krankenhausbereich „lediglich“ eine präklinisch begonnene Reanimation für eine kurze Behandlungsdauer in einem Krankenhaus fortgeführt wird und dabei „nur“ Mittel wie die Gabe von Suprarenin, eine Blutgasanalyse und ein Elektrokardiogramm zum Einsatz kommen. Auf den ersten Blick mag die Vergütung per EBM hier angemessen erscheinen. Gleichwohl ist der Aufwand, der sich für die Krankenhäuser hinter diesen Fällen verbirgt, eindeutig höher als über den EBM abgebildet. Der Vergütungsunterschied zwischen rein ambulanter Behandlung unter Abrechnung einer EBM-GOP (ambulantes Setting) und ambulanter Behandlung unter Vorhaltung/ Bereitstellung stationärer personeller sowie sächlicher Mittel, wie sie nur in einem Krankenhaus zur Verfügung stehen, wird hier nicht ansatzweise abgebildet.

Die Größenordnungen lassen sich anhand des Notfallkapitels im EBM wie folgt skizzieren, um ein grobes Bild von der Vergütung zu erhalten.

In dem ersten seitens des BSG aktuell entschiedenen Fall war die durch den Notarzt eingeleitete und auf dem Rettungswagen fortgesetzte Reanimationsmaßnahme auf der Intensivstation im Krankenhaus unter Einsatz eines mobilen Thoraxkompressionsgerätes noch etwa 10 Minuten lang fortgeführt

worden. Außerdem erfolgte die Entnahme einer Probe zur Blutgasanalyse. Die im Krankenhaus erbrachten Leistungen ließen sich im EBM über Abrechnung einer Notfallpauschale, Blutgasanalyse sowie Reanimationskomplex abbilden, womit rund 155 Euro berechnungsfähig sein könnten.

Im zweiten Fall des BSG kann das Krankenhaus für einen Teil seiner erbrachten Leistungen, wie intravenöse Medikamentengabe oder Durchführung eines EKG, neben den im Fallgeschehen notwendigen personellen Aufwänden, nur rund 25 Euro berechnen, da diese Leistungen im EBM fakultativ sind, d. h. werden diese erbracht, erfolgt deren Vergütung im Rahmen der Notfallpauschale. Ebenso wäre im dritten Fall des BSG ein EKG mit den im Notfallkapitel des EBM enthaltenen Notfallpauschalen 01210 in Höhe von etwa 15 Euro bzw. 01212 in Höhe von etwa 25 Euro abgegolten. Ergänzend könnten – allerdings immer in Abhängigkeit der im EBM zur Leistung definierten obligat zu erbringenden Leistungsinhalte – aus dem Notfallkapitel des EBM weitere Leistungen herangezogen werden, so etwa ein Reanimationskomplex über 130 Euro.

Diese Zahlen belegen unmissverständlich, dass der EBM in seiner heutigen Fassung keine wirtschaftlich tragfähige Basis für die klinische Notfallversorgung bietet. Es erfolgt keine Differenzierung zwischen einer vertragsärztlichen Versorgung und den Besonderheiten der Behandlung im Krankenhaus. Wird ein Patient unter Reanimation durch den Rettungswagen eingeliefert, steht im Krankenhaus ein ganzes Team zur Behandlung bereit. So kommen teilweise bis zu sechs oder sieben Ärzte (z. B. Internisten, Neurochirurg, Radiologen, Anästhesist usw.) sowie zwei bis drei Intensivpflegekräfte zusammen, um die Übergabe mit dem einliefernden Notarzt durchzuführen, Behandlungseinheiten werden „geblockt“, um die direkte Möglichkeit zu haben, den Patienten ohne Zeitverzug weiter untersuchen zu können usw. Maßgeblich ist hier insbesondere die fachlich-personelle Aufstellung des zusammenkommenden Teams und damit ein hoher personeller Aufwand, der nur in einem Krankenhaus zur Verfügung steht. In diesen Zeiten stehen weder dieses Personal noch die Behandlungseinheiten anderen Patienten zur Verfügung. Die Regelversorgung im Krankenhaus wird kurzzeitig ausgesetzt, die Ärzte fehlen auf den jeweiligen Stationen, Behandlungseinheiten sind nicht nutzbar, nach Versterben oder Verlegung bedarf es umfangreicher Dokumentationen usw. Selbst bei einer Entscheidung zur Beendigung der Reanimation, hat dies gemäß den Leitlinien des Deutschen Rats für Wiederbelebung im Team und unter Abwägung der Gesamtsituation des Patienten zu erfolgen. Bis zu dieser Entscheidung ist ein breiter fachlich-personeller Einsatz erforderlich.

Für diese Sachverhaltskonstellationen bedarf es daher dringend einer kostenaufwandsgerechten Vergütung zur Abbildung der Krankenhausstrukturen und -leistungen, welche im EBM nicht berücksichtigt sind.

Versorgung Nichtversicherter

Auch dieser Gesetzentwurf ignoriert die sich seit Jahren verschärfende Situation der Notfallbehandlung von nichtversicherten Patientinnen und Patienten bzw. von Personen, deren Versichertenstatus ungeklärt ist, durch Notaufnahmen der Krankenhäuser. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat vielfach auf die enormen Erlösausfälle hingewiesen, die den Krankenhäusern durch die Notfallbehandlung dieser Patientengruppe entstehen. Eine umfassende Notfallreform sollte daher auch die prekäre Vergütungssituation der Krankenhäuser bei der Notfallbehandlung Nichtversicherter angehen.

Nach §§ 6a AsylbLG sowie 25 SGB XII werden die Aufwendungen des hilfeleistenden Krankenhauses im „*gebotenen Umfang*“ durch den Träger der Sozialhilfe erstattet, wenn es einem anderen Leistungen erbracht hat, die bei rechtzeitigem Einsetzen der Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären. Die Sozialhilfe setzt nach § 18 Abs. 1 SGB XII ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistungen vorliegen. Die praktische Durchsetzbarkeit entsprechender „*Nothelferansprüche*“ der Krankenhäuser werden erschwert durch die bestehende Beweislastregelung und die Zäsur-Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes.

Die Regelungen des § 6a AsylbLG und des § 25 SGB XII bedürfen daher einer für die Krankenhäuser dringenden **Konkretisierung**. Wie bereits in anderen Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben ausgeführt, sollten die Regelungen im Hinblick auf die Beweislast als Vermutens-Regelung ausgestaltet werden, sodass „*in medizinisch unabweisbaren Notfällen die Hilfebedürftigkeit und die Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet werden*“. Ferner muss geregelt werden, dass dem Krankenhaus „*die angemessenen Aufwendungen, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen*“, zu erstatten sind.

Alternativ zu dieser möglichen Gesetzesänderung könnte der Anspruch des im Notfall tätig gewordenen Krankenhauses in Anlehnung an § 123 Abs. 6 SGB IX auch als Direktanspruch des leistungserbringenden Krankenhauses gegenüber dem Träger der Sozialhilfe ausgestaltet werden.

Ferner wäre eine Ausnahme von dem in § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB XII geregelten Abtretungsverbot in Erwägung zu ziehen. Die ausführlichen Begründungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur erforderlichen Änderung der Nothelfer-Paragraphen dürfen wir als bekannt voraussetzen.

Die vom BMG seit Jahren vorgetragene Unzuständigkeit für die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen ändert nichts an der Tatsache, dass Notaufnahmen von Krankenhäusern hier staatliche Aufgaben übernehmen, die mit enormen Erlösausfällen einhergehen. Es wäre dringend notwendig, eine auch diese Patientengruppe einschließende Notfallversorgung in ein Gesamtkonzept einer Notfallreform einzubinden.

Einrichtung von Behandlungsfonds

Alternativ zu den oben ausgeführten Änderungsvorschlägen zu den Nichtversicherten kann im Rahmen einer neuen gesetzlichen Vorschrift die Schaffung von Behandlungsfonds auf Landesebene für die Behandlung von Nichtversicherten geregelt werden. Diese Behandlungsfonds sind von den Bundesländern einzurichten. Aus diesen Fonds sind die Krankenhausleistungen zu vergüten, die nach Maßgabe des KHG, des KHEntgG und der BPfIV für Personen erbracht werden, die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind und keinen anderweitigen Anspruch auf Übernahme der Behandlungskosten gegenüber einem Träger der Sozialversicherung oder einer sonstigen öffentlichen Stelle haben.

Der Behandlungsfonds soll sicherstellen, dass die Krankenhäuser für die erbrachten Leistungen gegenüber Nichtversicherten eine zeitnahe und vollständige Kostenerstattung erhalten. Den Krankenhäusern sollte ein unmittelbarer Erstattungsanspruch für die erbrachten Leistungen eingeräumt werden. Die nähere Ausgestaltung des Behandlungsfonds sollte durch Landesrecht im Einvernehmen mit den Landeskrankenhausgesellschaften festgelegt werden. Hierbei wären unter anderem die Höhe der Dotierung des Fonds, das Verfahren zur Beantragung und Erstattung der Behandlungskosten durch die Krankenhäuser und die Nachweispflichten der Krankenhäuser über die

erbrachten Leistungen und über die Nichtversicherung der behandelten Patienten zu regeln. Durch das BMG sollte unter anderem die Festlegung von Mindestanforderungen an die Nachweispflichten, von Grundsätzen für die Bemessung der Fondsdotierung oder auch von Berichtspflichten erfolgen. Ferner ist eine Kostenverteilungsregelung zwischen den Ländern und dem Bund aufzunehmen.

Eine solche Regelung könnte als

§ 12 c KHG – Behandlungsfonds der Länder für die stationäre Versorgung nichtversicherter Personen
in das Gesetz eingefügt werden:

- (1) Die Länder richten jeweils einen Behandlungsfonds ein, aus dem die Kosten für Krankenhausleistungen nach Maßgabe dieses Gesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflugesätze erstattet werden, soweit die Leitungen für Personen erbracht werden, die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung*
 - 1. nicht gesetzlich krankenversichert sind,*
 - 2. nicht privat krankenversichert sind und*
 - 3. keinen anderweitigen Anspruch auf Übernahme der Behandlungskosten gegenüber einem Träger der Sozialversicherung oder einer sonstigen öffentlichen Stelle haben.*
- (2) Die Länder legen die nähere Ausgestaltung des Behandlungsfonds und das Nähere zur Abrechnung der Leistung im Einvernehmen mit den Landeskrankenhausgesellschaften durch Landesrecht fest.*
- (3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung nähere Bestimmungen zu den einheitlichen Mindestanforderungen an die Nachweisführung der Krankenhäuser im Rahmen der Abrechnung von aus dem Behandlungsfonds zu vergütenden Leistungen, den Grundsätzen für die Bemessung der Fondsdotierung und zu den Berichtspflichten der Länder gegenüber dem Bund über die Verwendung der Fondsmittel zu erlassen.*
- (4) Die Finanzierung des Behandlungsfonds erfolgt anteilig durch den Bund und die Länder.*

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

**Wegelystraße 3
10623 Berlin**

**Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de**



Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung – Anlage

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch			
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	Eine Überarbeitung des § 60 SGB V ist aufgrund der Überführung der Rettungsfahrten in einen neu geschaffenen § 30 SGB V sachgerecht. Zu begrüßen ist die Regelung in Absatz 3 Nr. 6, wonach für Fahrten zu einem INZ die Entscheidung mittels digitaler standardisierter Abfrage einer ärztlichen Verordnung gleichgestellt wird. Dies stellt sicher, dass auch in diesen Fällen eine belastbare Grundlage für die Kostentragung vorliegt. Darüber hinaus sind jedoch auch Änderungen der in Absatz 3 vorgesehenen Regelungen erforderlich. 1. § 60 Absatz 3 Nr. 2b) (neu) regelt die Kostenübernahme der Krankenkassen im Zuge einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements. Der Begriff der „Verlegung“ ist an dieser Stelle unzutreffend und sollte durch eine, dem Wortlaut des § 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V angelehnte Formulierung ersetzt werden. Das Entlassmanagement unterstützt im Hinblick auf eine sektorenübergreifende Versorgung der Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Das Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V organisiert somit die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Nach § 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V umfasst das Entlassmanagement auch die Verordnung einer

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt in seinen Richtlinien das Weitere zum Ordnungsrecht. Dieses Ordnungsrecht umfasst auch die Verordnung von Krankenhausbehandlung. Nach dem Rahmenvertrag Entlassmanagement ist die Verordnung von Krankenhausbehandlung im Rahmen des Entlassmanagements jedoch ausgeschlossen, da das Entlassmanagement dem Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung dient. Hiervon ausgenommen sind ausschließlich Fälle gemäß § 3 Absatz 3 der B-BEP-Abschlagsvereinbarung, der Beatmungsentwöhnung. Aus Sicht des Entlassmanagements ist der Begriff der Verlegung in § 60 Absatz 3 Nr. 2b) nicht zutreffend. Vielmehr muss hier von der Verordnung von Krankenhausbehandlung ausgegangen werden. § 60 Absatz 3 Nr. 2b) ist somit zu streichen und eine Ergänzung zu Absatz 3 Nr. 1 vorzunehmen. Änderungsvorschlag: § 60 Absatz 3 Nr. 1 (neu) sollte wie folgt gefasst werden: <i>„Krankenfahrten oder Krankentransporte zur stationären Behandlung, auch im Falle einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a,“</i> § 60 Absatz 3 Nr. 2b) (neu) ist zu streichen. 2. In § 60 Absatz 3 Nr. 2a) (neu) ist gegenüber dem Referentenentwurf die Regelung entfallen, wonach die Kosten für Krankentransporte oder Krankenfahrten bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus von der Krankenkasse übernommen werden, wenn es der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht oder nicht mehr bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			werden. Im Zuge der Umsetzung der Vorgaben aus dem KHVVG ist mit einer zunehmenden Anzahl von solchen Verlegungen zu rechnen, um die bedarfsgerechte Verfügbarkeit bzw. Nutzung spezialisierter Kapazitäten sicher zu stellen. Daher muss die entsprechende klarstellende Regelung aus dem Referentenentwurf aufgenommen werden. Nur so wird flankierend die erforderliche Sicherheit geschaffen, dass die Kosten für diese Verlegungsfahrten von den Krankenkassen übernommen werden. Änderungsvorschlag: § 60 Absatz 3 Nr. 2a) (neu) sollte wie folgt gefasst werden: <i>„in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder soweit es zur Behandlung des Versicherten der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht oder nicht mehr bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden,“</i> 3. Zu begrüßen ist die Aufnahme der nach § 115f Absatz 2 Satz 4 SGB V ausgewählten Behandlungen in § 60 Absatz 23 Nr. 3b) (neu), weil dadurch die Regelungslücke im Hinblick auf Fahrkosten zu Hybrid-Leistungen gemäß § 115f SGB V geschlossen wird. In § 60 Absatz 3 Nr. 3b) (neu) muss aber klargestellt werden, dass neben den Fahrten zu einer der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten oder nach § 115f Absatz 2 Satz 4 ausgewählten Behandlung auch Krankenfahrten oder Krankentransporte zu hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen übernommen werden. Der Verweis in § 60 Absatz 3 Nr. 3c auf die in § 115a Absatz 2 Satz 1 bis 3 genannten Fristen ist unzutreffend, da im Zusammenhang mit ambulanten Operationen in einer

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Vertragsarztpraxis der Verweis auf die für vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus in § 115a SGB V vorgesehenen Fristen mangels erkennbarem Zusammenhang nicht nachvollziehbar ist. Auch ein Verweis auf die im AOP-Vertrag gemäß § 115b SGB V enthaltenen Fristen würde in Leere gehen, da für ambulante Operationen in einer Vertragsarztpraxis die im EBM vorgesehenen Fristen zu Anwendung kommen. Der Verweis auf die Fristen ist demnach zu streichen. Änderungsvorschlag: <i>„3. Krankenfahrten oder Krankentransporte zu</i> <i>a) einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a Absatz 1,</i> <i>b) einer der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten oder nach § 115f Absatz 2 Satz 4 ausgewählten Behandlung einschließlich der Krankenfahrten oder Krankentransporte zu hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen oder</i> <i>c) einer ambulanten Operation in einer Vertragsarztpraxis einschließlich der Krankenfahrten oder Krankentransporte zu hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen, jeweils innerhalb der in § 115a Absatz 2 Satz 1 bis 3 genannten Fristen,</i> <i>wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen erforderliche vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Absatz 1 vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese nicht ausführbar ist,“</i>
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung	(Grundsätzliche Bewertung siehe Hauptdokument) <u>Rolle des aufsuchenden Dienstes</u>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		- Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung - Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	Die Sicherstellung eines verlässlichen aufsuchenden Dienstes wird von den Krankenhäusern begrüßt, sind sie doch oftmals mit Situationen konfrontiert, dass immobile Patientinnen und Patienten oder ältere Heimbewohner vom Rettungsdienst in Notaufnahmen gefahren werden, weil eine medizinische Versorgung vor Ort nicht gewährleistet ist bzw. zu aufwändig erscheint, obwohl augenscheinlich keine stationäre Bedürftigkeit vorliegt. Dieses Problem lässt sich aber nur lösen, wenn dem aufsuchenden Dienst kein Nachrang-Prinzip nach den Integrierten Notfallzentren (INZ) eingeräumt wird, sondern als vorgeschaltete Option zur Entlastung von INZ fungiert. Hier ist die beabsichtigte Regelung in § 75 Abs. 1b Satz 6 Nr. 3 („nicht anderweitig erbracht werden kann“) nicht ausreichend. Änderungsvorschlag § 75 Abs. 1b Satz 6 Nr. 3 SGB V wird wie folgt gefasst: <i>„einen jederzeit verfügbaren aufsuchenden Dienst in Fällen, in denen die in Satz 1 genannte Versorgung nicht anderweitig erbracht werden kann oder das Aufsuchen eines Integrierten Notfallzentrums vermieden werden kann.“</i> <u>Neue Verordnungsbefugnis im Notdienst</u> Durch die Neuregelung in Absatz 1b in Verbindung mit § 123 (neu) werden zugelassene Krankenhäuser, die als Standorte von INZ bestimmt wurden und die mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen Kooperationsvereinbarungen schließen, den Notdienstpraxen des vertragsärztlichen Bereiches im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung im Hinblick auf das Ausstellen von Arzneimittelverordnungen, von Erstbescheinigungen einer Arbeitsunfähigkeit und von Bescheinigungen einer notwendigen Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege eines erkrankten Kindes gleichgestellt. Diese für Notfallambulanzen im Rahmen eines

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			INZ grundsätzlich positiv zu bewertende Regelung greift jedoch nicht weit genug. Eine notdienstliche Akutversorgung muss auch die Verordnung von Hilfsmitteln ermöglichen. Patientinnen und Patienten, die zum Beispiel aufgrund von Verletzungen die Notfallambulanz des INZ aufsuchen, die dem Fachgebiet der Orthopädie zuzuordnen sind, sollten neben den aufgeführten Bescheinigungen und der Arzneimittelverordnung auch eine Verordnung für Hilfsmittel erhalten können. Durch diese weitere Verordnungsmöglichkeit wären Patientinnen und Patienten nicht gezwungen, am nächsten Tag den niedergelassenen Bereich aufzusuchen, um eine solche Verordnung zu erhalten. Änderungsvorschlag § 75 Absatz 1b Satz 4 (neu) sollte daher um die Verordnungsmöglichkeit von Hilfsmitteln ergänzt und wie folgt gefasst werden: <i>„Im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung kann darüber hinaus auch die Feststellung und Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, die Feststellung und Bescheinigung einer notwendigen Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege eines erkrankten Kindes sowie die Verordnung von Arzneimitteln und Hilfsmitteln erfolgen.“</i> <u>Verordnungsrecht für nicht-INZ-Notaufnahmen</u> Wie unter § 75 Absatz 1b Satz 4 (neu) ausgeführt, sollte das Verordnungsrecht im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung zunächst inhaltlich ausgeweitet werden. Für Notfälle im Sinne des § 76 Absatz 1 Satz 2 und somit für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort <u>ohne INZ</u> aufsuchen und deren Verweisung an ein INZ nicht zumutbar ist, ist dieses ärztliche Verordnungsrecht hingegen nicht vorgesehen. Im Falle einer nicht zumutbaren Verweisung an ein INZ wird jedoch ein dringendes

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Behandlungserfordernis durch das ärztliche Personal des Krankenhausstandortes ohne INZ festgestellt. Die Notaufnahme übernimmt mit der aus ärztlicher Sicht dringenden Behandlung des Hilfesuchenden eine Aufgabe, die der notdienstlichen Akutversorgung und somit dem Sicherstellungsauftrag, § 75 Absatz 1b Satz 1 (neu), unterfällt. In diesen Fällen sind diese Krankenhausstandorte ohne INZ denen mit INZ gleichzustellen. Unabhängig davon, dass eine Verweisungspflicht an INZ abgelehnt wird (siehe grundsätzliche Bewertung im Hauptdokument), sind den Krankenhausstandorten ohne INZ insofern die Rechte aus § 75 Absatz 1b Satz 4 (neu) in demselben Umfang einzuräumen wie den Krankenhausstandorten mit INZ. In § 75 Absatz 1b (neu) sollte nach Satz 4 (neu) ein neuer Satz 5 eingefügt werden, der klarstellt, dass das Verordnungsrecht und das Recht auf Ausstellen von Bescheinigungen nach § 75 Absatz 1b Satz 4 (neu) auch bei Fällen der nicht zumutbaren Verweisung von Patientinnen und Patienten an ein INZ und somit der erforderlichen ambulanten Notfallbehandlung Anwendung finden. Änderungsvorschlag: In § 75 Absatz 1b ist nach Satz 4 (neu) einer neuer Satz 5 einzufügen: <i>„Ist eine ambulante Notfallbehandlung an einem Krankenhausstandort ohne integriertes Notfallzentrum erforderlich, findet § 75 Absatz 1b Satz 4 Anwendung.“</i> <u>Fehlende Berücksichtigung psychiatrischer Notsituationen in der Akutleitstelle</u> Psychiatrische Notfälle und psychische Krisen stellen einen nicht unerheblichen Anteil bei der Inanspruchnahme von Notfallversorgung dar. Häufig erkennen Betroffene oder ihre Angehörigen die psychische Notsituation selbst nicht oder nicht ausreichend, sodass der psychiatrische Notfall unerkannt bleibt. Andererseits wird oft zu schnell in ein Krankenhaus weitergeleitet mit dem erhöhten Risiko, einer

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			(vermeidbaren) stationären Behandlung. Zudem ist es Menschen in psychischen Krisen nicht zumutbar, verschiedenen möglichen Beteiligten und Institutionen des Hilfesystems, die eigene Notlage mehrfach darzustellen. Auch bestehen grundsätzliche Herausforderungen dahingehend, dass es nahezu unmöglich erscheint, mit einem einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahren gleichermaßen somatische und psychische Notfälle adäquat einzuordnen. Somit ist es erforderlich, dass in der notdienstlichen Akutversorgung und den Akutleitstellen psychiatrische Basiskompetenz vorhanden ist. Ferner sind in einigen Bundesländern bestehende Strukturen einer spezialisierten psychiatrischen und psychosozialen Krisenhilfe einzubeziehen und eine flächendeckende bundesweite Etablierung ebendieser zu unterstützen. Änderungsvorschlag In § 75 Abs. 1c SGB V (neu) wird ein neuer Satz 4 eingefügt: <i>„Den besonderen Bedarfen psychisch erkrankter Menschen ist durch die Sicherstellung psychiatrischer Basiskompetenzen Rechnung zu tragen.“</i> <u>Fehlende Berücksichtigung telemedizinischer Zentren</u> Die vorrangige Vermittlung in Arztpraxen und MVZ lässt telemedizinische Zentren außen vor, die in geeigneten Fällen als medizinisch gebotene Versorgung gleichberechtigt in die Vermittlung einzubeziehen sind. Änderungsvorschlag In § 75 Abs. 1c SGB V (neu) wird Satz 4 und 5 wie folgt gefasst: <i>„Zur Behandlung kann in die Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren vermittelt werden, sofern diese als medizinisch</i>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<i>gebotene Versorgungsebene in Betracht kommen. In geeigneten Fällen kann eine telefonische oder videounterstützte ärztliche Konsultation vermittelt werden, zum Beispiel von einem telemedizinischen Zentrum.</i>
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Die Folgeänderung greift die vorgesehene Trennung zwischen Terminservicestelle und Akutleitstelle auf. Nach der Neuregelung in § 76 Abs. 1a Satz 2 und 3 wird die Inanspruchnahme einer Notaufnahme für auf die Erstversorgung folgende weitere Behandlungen im Gegensatz zur bestehenden Regelung nicht mehr möglich sein. Damit sind nach einer Behandlung von Akutfällen Leistungen aufgrund einer Verletzung nicht mehr durch die erstbehandelnde Einrichtung erbringbar, sondern die Versicherten müssen nunmehr eine vertragsärztliche Versorgung eigenständig initiieren. Allerdings ist an Wochenenden oder aber auch zu Feiertagszeiten eine medizinisch notwendige Nachbehandlung (bspw. eine Wundkontrolle und/ oder eine Wundversorgung) damit nicht mehr möglich, sodass sich die vorgesehene Regelung negativ auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten auswirkt. Änderungsvorschlag: In § 76 Absatz 1a (neu) wird Satz 3 wie folgt gefasst: <i>„Die Inanspruchnahme umfasst in den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 7 sowie des Absatz 1c Satz 3 auch weitere auf den Termin folgende notwendige Behandlungen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.“</i>
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Vorgesehen ist eine Anpassung der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzierenden Leistungen. Gemäß der vorgesehenen Neuregelung sind Leistungen im Behandlungsfall dann außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren, wenn diese entweder

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			aufgrund eines Vermittlungersuchens nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 1 erfolgen (Vermittlung Behandlungstermin) oder wenn eine Vermittlung durch die Akutleitstelle in eine geeignete Versorgungsebene erfolgte. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung der Akutleitstelle erfolgen, unabhängig vom Ort der Inanspruchnahme außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren sind, also entweder in der Vertragsarztpraxis zu Sprechstundenzeiten, in der Notdienstpraxis aber auch in den Notaufnahmen. Unklar ist jedoch das Zusammenspiel zwischen Vermittlung durch die Akutleitstelle einerseits und Ersteinschätzung andererseits, wenn durch die – trotz vorliegendem Nachweis der Akutleitstelle – Notaufnahmen eine erneute Ersteinschätzung durchzuführen haben. Zu begrüßen ist, dass der Gesetzentwurf vorsieht, dass das Nähere zum Nachweis einer Vermittlung durch die Akutleitstelle vorzusehen ist, sodass die in diesem Punkt aktuell ungenügende gesetzliche Regelung in Bezug auf die extrabudgetäre Vergütung bei Akutfallvermittlung durch Terminservicestellen einer Regelung zugeführt wird. Da der Regelungsentwurf aber keine Frist setzt, ist diese im Sinne der Verbindlichkeit festzulegen. Änderungsvorschlag In § 123 Abs. 2 Satz 8 wird nach dem Wort „Bundesmantelvertrag“ eine Datumsangabe eingesetzt: „[...] (einsetzen: drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes)“.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
16	§ 120	- Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung - Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)	Es gilt unverändert, dass nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser und Ärztinnen/ Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung in den Notdienst einbezogen sind und somit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der Gesamtvergütung vergütet werden. Unklar bleibt, aus welchem Grund zugelassene Krankenhäuser, die nicht aufgrund einer Kooperationsvereinbarung in den Notdienst einbezogen sind, aber dennoch im Bedarfsfall für Hilfesuchende, die die Notaufnahme eines solchen Krankenhauses aufsuchen, gemäß § 123c Abs. 1 Satz 4 SGB V (neu) nach Ersteinschätzung Leistungen erbringen können und damit subsidiär vertragsärztlich tätig werden, nicht in diese Regelung aufgenommen werden. Zur Klarstellung sind diese Einrichtungen in § 120 Abs. 1 SGB V aufzunehmen. Da seitens der Krankenhäuser vorgeschlagen wird, die Vergütung der Leistungen der Notaufnahmen sowie der zentralen Ersteinschätzungsstellen über ein jährlich zu verhandelndes Budget abzubilden und die Vergütung direkt gegenüber den Krankenkassen erfolgen soll (Direktabrechner), unterliegen die Leistungen der INZ nicht der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Änderungsvorschlag Artikel 1, Nr.17, Buchstabe a) wird wie folgt gefasst: In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 2“ durch die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 13“ ersetzt. In § 120 Absatz 3b werden im Satz 1 nach den Wörtern „erfolgen kann“ die Wörter „; Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend“ eingefügt.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
17	§ 123	Integrierte Notfallzentren (INZ) • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle – optional Kooperationspraxis/ statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe • Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung • Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ	(Grundsätzliche Bewertung siehe Hauptdokument) <u>Digitale Fallübergabe</u> In § 123 Abs. 1 Satz 8 wird eine zeitlich nahtlose Fallübergabe zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und der Kooperationspraxis gefordert. Daneben wird mit § 133a im Notfallgesetz gefordert, dass die Teilnehmer der Rettungskette an die Telematikinfrastruktur angebunden werden. Es muss klargestellt werden, dass dem INZ und der Kooperationspraxis keine Nachteile erwachsen, wenn z.B. die Telematikinfrastruktur die Anforderungen an eine zeitlich nahtlose Fallübergabe vorübergehend nicht erfüllt. <u>Zu Absatz 2 Teil 1 (Sätze 1-6)</u> Zur Fallübergabe zwischen Ersteinschätzungsstelle/ Notaufnahme und KV-Notdienstpraxis sowie Kooperationspraxis und Leitstelle sowie für die Abspeicherung in der ePA der behandelten Person und die Verwendung in der Leitstelle ist eine einheitliche Datenstruktur zu verwenden. <u>Zu Absatz 2 Teil 2 Satz 7</u> Wie bereits ausgeführt, ist eine Vernetzung von Notaufnahmen mit der Rettungsleitstelle 112 sinnvoll. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Übergabe von Dokumenten, die auf telefonischen Befragungen der Leitstellen beruhen, prinzipiell keine durchgehend verlässliche, interoperable Abbildung von Personenmerkmalen ermöglichen kann. Mangelnde Ansprechbarkeit der Patientinnen und Patienten, fehlende Sprachkenntnisse oder schlechte akustische Verhältnisse des Anrufs, während der Patient/ die Patientin bzw. der Anrufer/ die Anruferin oft unter hohem Stress steht,

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			werden dazu führen, dass nach Übergabe an einen anderen Kommunikationsteilnehmenden eine Zuordnung von Dokumenten zu einem vorbestehenden Fall oder Personenstammdaten mit hohen Unsicherheiten behaftet ist und daher nicht automatisiert sondern händisch erfolgen muss. Wichtig ist eine solche Zuordnung insbesondere dann, wenn während der Rettungsfahrt bereits Aufzeichnungen telemetrischer Untersuchungen vorliegen oder Angaben zur Schwere des Falles eine Vorbereitung im Krankenhaus erfordert (z. B. Polytrauma → Schockraum). In Satz 7 sollte klargestellt werden, dass die vorrangige Behandlung nach Vermittlung durch die Akutleitstelle auf Grund von Kommunikationsproblemen im Einzelfall nicht möglich sein kann. <u>Zu Absatz 3</u> In § 123 Abs. 3 bleibt unklar, wie ein Integriertes Notfallzentrum die telemedizinische oder telefonische Unterstützung durch Fachärzte gewährleisten soll. Vorgaben zum Aufbau entsprechender Telemedizinischer Zentren sind im Entwurf nicht enthalten und sollten ergänzt werden.
	§ 123c	Ersteinschätzung • Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung • Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen	(Grundsätzliche Bewertung siehe Hauptdokument)

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		- Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung - EBM für Ersteinschätzung	
18	§ 133a	Gesundheitsleitsystem - Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle - Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme - Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten - Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen - Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner - Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen - Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme	Es sollte klargestellt werden, dass ergänzend zur Verwendung der Telematikinfrastuktur eine direkte Verbindung zwischen INZ und Kooperationspraxis aufgebaut werden kann, um die Notfallversorgung unabhängiger von der Telematikinfrastuktur durchführen zu können, z. B. bei einem Ausfall der Telematikinfrastuktur. Änderungsvorschlag: In § 133a Abs. 2 wird ein neuer Satz 9 wie folgt angefügt: <i>„INZ können mit Kooperationspraxen und mit weiteren Kommunikationspartnern ergänzende Schnittstellen umsetzen, die eine Datenübertragung unabhängig von der Telematikinfrastuktur gewährleisten.“</i>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133b	Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung • Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmgewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG • Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG • Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG • Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG	<u>Zu Absatz 1 und 2</u> Das Gremium für Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung soll primär durch den Bereich der Krankenkassen gesteuert werden, die nach Satz 5 lediglich einzelne Vertreter von Leistungserbringerorganisationen hinzuziehen. Diese Art der Besetzung durch fachfremde Vertreter ist in einem hochkomplexen Themenbereich – wie der medizinischen Notfallrettung – stellt in Frage, wie weit hier praxistaugliche Vorgaben resultieren können. <u>Zu Absatz 4</u> Insbesondere die Vorgaben für den Einsatz von digitalen Lösungen (Punkte 1-3, 6-8) und Kapazitätssurveillance-Themen (Punkt 6) sind nicht geeignet, von Gremienmitgliedern festgelegt zu werden, die mehrheitlich keinen hinreichenden fachlichen Hintergrund haben und incentiviert sind, Vorgaben zu erteilen, die großzügig mit dem dafür erforderlichen Erfassungsaufwand umgehen. Die Erfahrung zeigt, dass einseitig besetzte Gremien sowohl den inhaltlichen Aufwand für Einführung, Betrieb und Eingabe als auch deren Kosten kleinrechnen. Dies gilt zumal dann, wenn ein hoher Detaillierungsgrad der Angaben und die Komplexität der Vorgaben geeignet sind, Rechnungen für die fraglichen Leistungen zu kürzen. Wichtiger noch als die strikte Beschränkung des Datenkranzes für Kapazitätsauswertungen auf bereits jetzt flächendeckend erhobene Formen standardisierter Routinedaten ist es, auch Ausleitungsschnittstellen und Berichtspflichten auf eine systematische Nutzung natürlich vorhandener Datenquellen (Processmining) zu betreiben. <u>Zu Absatz 5</u>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Eine Stellungnahme nach Abs. 4 ist kein geeignetes Mittel, die resultierende zusätzliche Rettungsbürokratie, die durch die Besetzung des Gremiums gebahnt wird, geeignet einzudämmen. <u>Zu Absatz 6</u> Das Vorgehen, einseitig durch fachfremde Personen erzeugte Spezifikationen im Nachhinein einem Einvernehmen zuzuführen, ist in Anbetracht der Besetzung des Gremiums nicht geeignet, hinreichend praxisgerechte Lösungen zu erzeugen. Änderungsvorschlag: § 133b Abs. 2 wird folgender Satz angefügt: <i>„Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Landeskrankenhausgesellschaften entsenden jeweils einen Vertreter.“</i>
	§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätenachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme	<u>Zu Absatz 1</u> Zu berücksichtigen ist bei allen Dokumentationen der Leitstellen, dass eine Personenidentifikation am Telefon nicht immer zuverlässig erfolgen kann. Eine digitale Notfalldokumentation kann daher nicht anhand rein personenbezogener Merkmale wie Namen und Adressdaten übergeben werden. Zur Identifikation einer nicht personensicheren Notfalldokumentation bedarf es daher geeigneter prozessübergreifend einheitlicher Festlegungen von Datenstrukturen, um eine schnelle Übergabe in zeitkritischen Situationen zu ermöglichen. Derartige Festlegungen können nicht einseitig von der gematik getroffen werden, sie bedürfen des Einvernehmens mit KBV und DKG. <u>Zu Absatz 2</u>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Verpflichtung der Krankenhäuser, in Echtzeit einen Versorgungskapazitätenachweis zu erbringen, setzt technisch in der Praxis ein von Leitstellen, KV-Notdienst und Krankenhaus gemeinsam genutztes System voraus. Dies ist weder aus Gründen der Resilienz (single point of failure) noch organisatorisch-technisch wünschenswert oder machbar. Wird kein gemeinsames System verwendet, bedeutet eine Echtzeitdatenübertragung einen sehr hohen Ressourcenaufwand, da jeder Eingabe- und Speichervorgang eine aktive Übertragung auslösen muss. Scheingenauigkeiten von Kapazitätsnachweisen, die aufgrund von Eingabeverzögerungen nicht der tatsächlichen aktuellen Versorgungslage entsprechen, sind nicht hilfreich. Im Falle eines Massenanfalls von Verletzten ist in der Praxis mit solchen Zeitverzügen bei der Eingabe zu rechnen. Eine unverzügliche Datenübermittlung wäre daher realistischer und sachgerecht. Die Frage der in einer Notaufnahme verfügbaren Ressourcen, die in einem Versorgungskapazitätenachweis abgebildet werden sollen, ist nicht hinreichend geklärt und hängt von zahlreichen Faktoren außerhalb der Notaufnahme ab (u. a. Auslastung OP, Verfügbarkeit von Bettenkapazität auf Station, Personalkapazität). Diese Faktoren interagieren oftmals, so können bestimmte Fachärzte entweder auf Station, im OP oder in der Notaufnahme eingesetzt werden, dürfen aber als Ressource keinesfalls als für alle drei Bereiche verfügbar betrachtet werden. Im Rahmen der Diskussion zur Krankenhaus-Kapazitätssurveillance des RKI wurde daher diskutiert, inwieweit eine Kapazitätenbetrachtung von Krankenhäusern nicht grundsätzlich von einer Volllastung des Hauses und von im Krisenfall erfolgenden Verschiebungen des Spektrums der Behandlungen betrachtet werden sollte. Dies gilt für langfristige Änderungen des Behandlungsspektrums, wie z. B. während der Corona-Pandemie, genauso wie für kurzfristige Umschichtungen aufgrund von akuten Krisenlagen.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Insbesondere wird die erforderliche Datengrundlage nicht festgelegt. Werden für den Kapazitätsnachweis Daten aus mehreren Systemen für einen Kapazitätsnachweis benötigt, steigert dies den Aufwand für Einreichung und Betrieb eines Echtzeitnachweises abermals, ohne damit notwendigerweise die Datenqualität zu steigern. Zugleich gibt es zahlreiche weitere Vorhaben und Interessen, Kapazitätsdaten aus Krankenhäusern abzufragen, etwa zum Zweck des Managements von pandemischen Krisensituationen oder in innen- oder außenpolitischen Krisensituationen. Alle diese Vorhaben treten mit der Forderung absoluter Datengenauigkeit und Verfügbarkeit an die Krankenhäuser heran, ohne dass bislang eine Abstimmung der Normgebung zu diesen Vorhaben erkennbar ist. Sie werden – alleine schon aus Datenschutzgründen – bislang i. A. separat vorangetrieben und erzeugen damit einen multiplen Aufwand, obwohl die erfassten Daten in gemeinsamen Strukturen ermittelt werden könnten. Eine solche Datenstrategie, die maßgeblich auf bereits existierende Datenstrukturen (Routinedaten) und Extraktionsmechanismen setzen muss, bedarf eines abgestimmten, übergeordneten Vorgehens, das moderne Ansätze wie Process Mining und die Nutzung von Surrogatparametern mit einschließt. Gerne steht die DKG auch hierzu für Gespräche zur Verfügung. Bis dahin wird empfohlen, das Versorgungskapazitätsnachweissystem in einem späteren Gesetzesvorhaben, in dem ein datenstrategischer Ansatz berücksichtigt werden kann, umzusetzen. Gemäß § 133c Abs. 2 Satz 7 soll das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) Vorgaben für die Informationssicherheit der Integration in Krankenhaus-Notaufnahme-Systeme im Einvernehmen mit der Gesellschaft für Telematik festlegen. Weil die gematik und das BSI bei entsprechenden Festlegungen

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			erfahrungsgemäß die Sicherheit der TI fokussieren und z. B. den Malware-Schutz vor einer Übermittlung an ein Krankenhaus nicht ohne weiteres mit einplanen, ist zusätzlich ein Benehmen mit der DKG vorzusehen. Änderungsvorschlag § 133c Abs. 2 Satz 7 wird wie folgt geändert: <i>„Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des zweiundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Vorgaben zur Informationssicherheit festzulegen.“</i>
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	Gemäß § 133d Abs. 1 soll der GKV-Spitzenverband das Nähere zur Übermittlung in einer Richtlinie bestimmen. Die Richtlinie darf nicht nur auf die Anforderungen der Qualitätssicherung ausgerichtet sein. Es muss ebenso berücksichtigt werden, ob sich die geforderten Daten ohne manuelle Arbeiten anonymisieren lassen. Die Richtlinie muss im Einvernehmen mit der DKG festgelegt werden. Änderungsvorschlag § 133d Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt geändert: <i>„Das Nähere zum Verfahren der Übermittlung der Daten bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in einer Richtlinie.“</i>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	Neben den in § 133 Abs. 1 erfassten Leistungserbringer müssen z. B. auch die Krankenhäuser neue Schnittstellen integrieren und haben damit neue Ausstattungs- und Betriebskosten. Änderungsvorschlag: In § 133e Abs. 3 sollte zur Klarstellung der folgende Satz 3 angefügt werden: <i>„Der Erstattungsbedarf der Krankenhäuser für den Bereich der stationären Versorgung sowie die Notfallversorgung ohne Kooperationsvertrag mit einer KV wird in der Finanzierungsvereinbarung der DKG mit dem GKV-SV abgebildet.“</i>
	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung - Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes - Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen - Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden	Bereits mit dem KHZG wurden verschiedene Datenübermittlungsprojekte im Bereich der Notfallrettung gefördert und die Beantragungsphase durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) begleitet. Zur Wahrung der Kontinuität sollte hier wieder auf die bewährte Begleitung durch die DKG und hier ergänzend die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zurückgegriffen werden. Änderungsvorschlag: § 133f Abs. 8 Satz 2 wird wie folgt gefasst: <i>„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 31. März 2027 nähere Vorgaben zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form fest.“</i>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	Die Verwendung einer eindeutigen Fallidentifikationsnummer in der Datenübermittlung nach § 302 SGB V muss wie im Folgenden dargelegt, auf die Funktion der Rechnungslegung beschränkt bleiben. Eine Eineindeutigkeit bedeutet, dass die fragliche Nummer in der Praxis nicht zur Übergabe und Identifikation der behandelten Person zwischen Leitstelle und INZ geeignet ist: Die Person wird in der Leitstelle nicht notwendigerweise sicher mit Personenangaben dokumentiert werden können. Sprachliche oder akustische Barrieren können einerseits bei der Datenerfassung zu Verwechslungsgefahr führen, andererseits muss das INZ den Patienten identifizieren und dessen Fall mit den zugehörigen Daten aus der Leitstelle zusammenführen. Die Person muss nach § 123c Abs. 2 in praktikabler Weise dem INZ glaubhaft machen können, dass eine Ersteinschätzung der ALS bereits erfolgte. Eine bundesweit eindeutige Nummer, die mindestens 10-stellig sein müsste, ist daher nur für Abrechnungszwecke geeignet, nicht für die Zuordnung bei Fallübergabe, wenn die Personendaten mit Unsicherheiten behaftet sind. Hier wäre also eine kurze, gesonderte Identifikationsnummer (etwa in Verbindung mit dem Geburtsdatum) zu verwenden. Eine bundesweit eindeutige Fallidentifikationsnummer kann zudem je Leistungserbringer von Rettungsfahrten nur von einer zentralen Stelle in Form von Nummernkreisen, die jeweils einem Leistungserbringer zugeteilt werden, festgelegt werden. Sofern aber die genannte Fallidentifikationsnummer wie dargelegt für die anderen Prozesse in und um die INZ nicht geeignet ist, bleibt fraglich, weshalb in § 302 SGB V

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			auf die bundesweite Eindeutigkeit dieser Angabe abgestellt wird. Ggf. sollte die Eindeutigkeit auf einen Orts- oder Zeitbezug eingeschränkt werden.
Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes			
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	Der Gesetzentwurf verweist für die Investitionsförderung der Integrierten Notfallzentren (INZ) sowie der INZ für Kinder und Jugendliche auf den Fördertatbestand des Transformationsfonds nach § 12b Abs. 1 Nr. 6 KHG, ohne jedoch eine Erhöhung der Gesamtfördersumme vorzusehen. Aus diesen Mitteln sollen auch die strukturellen und technischen Anschaffungen der Krankenhäuser zur Einrichtung der INZ einmalig und initial finanziert werden. Die Mittel des Transformationsfonds sind für acht Fördertatbestände vorgesehen und sollen vorrangig die mit dem KHVVG angestoßene Umstrukturierungsprozesse der Krankenhauslandschaft unterstützen. Die INZ stellen dabei lediglich einen einzelnen Fördertatbestand dar und sind nicht flächendeckend für alle Krankenhausstandorte abrufbar. Vor diesem Hintergrund erscheint es faktisch nicht möglich, dass alle als INZ-Standort vorgesehenen Krankenhäuser ihre stationären Investitionsbedarfe ausschließlich über den Fördertatbestand des § 12b Nr. 6 KHG decken können. Es handelt sich also lediglich um eine Klarstellung von bereits existenten, aber nicht ausreichenden Fördermöglichkeiten. Es sind daher ergänzende Investitionsförderungen durch die Länder vorzusehen. Zudem ist die Einvernehmensregelung mit den Krankenkassen zu streichen. Änderungsvorschlag Es ist das Anstreben der Herstellung des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 13 KHG für Förderentscheidungen generell und damit einschließend für den Fördertatbestand § 12b Nr. 6 KHG

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			„Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ im Rahmen des Transformationsfonds (§ 12b KHG) zu streichen .
Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung			
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	siehe Ausführungen zu §§ 123, 123b SGB V
Art. 6: Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung			
	§ 3	Abgabe von apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch Ärzte von Notdienstpraxen	Hier wird sinngemäß auf die Ausführungen zu § 43 Absatz 4 (neu) verwiesen. Auch in § 3 Medizinprodukte-Abgabeverordnung sind Ärzte von Notaufnahmen miteinzubeziehen. § 3 Absatz 2 Medizinprodukte-Abgabeverordnung ist somit wie folgt zu ergänzen: <i>(1) Produkte</i> <i>1. nach § 2 Absatz 1 Nummer 1,</i> <i>2. die zur Anwendung durch Laien bestimmt sind, soweit sie Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen enthalten, die nach der Verordnung über apothekenpflichtige und freiverkäufliche Arzneimittel apothekenpflichtig sind, oder</i> <i>3. die in Anlage 2 zu dieser Verordnung aufgeführt sind,</i> <i>dürfen berufs- und gewerbsmäßig für den Endverbrauch nur durch Apotheken in den Verkehr gebracht werden (apothekenpflichtige Produkte).</i> <i>(2) Abweichend von Absatz 1 dürfen Ärzte der Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Ärzte einer Notaufnahme im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Ärzte</i>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			bei Vorliegen eines Notfalls im Sinne des § 76 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch apothekenpflichtige Medizinprodukte an Patienten der Notdienstpraxis und der Notaufnahmen für den akuten Bedarf in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben, soweit 1. die Abgabe außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von öffentlichen Apotheken erfolgt oder im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung in der Notdienstpraxis oder in den Notaufnahmen ein Wochenende oder ein Feiertag folgt und 2. die Anwendung des apothekenpflichtigen Medizinprodukts keinen Aufschub erlaubt.“
Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung			
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Betreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	Die Erfassung der AEDs in einem Kataster ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings sollten Krankenhäuser von den Pflichten in §17a-neu MPBetreibV ausgenommen sein. Der Zweck des Katasters ist die Verbesserung des Notfallmanagements, der telefonischen und telemedizinischen Notfallberatung, einschließlich der telefonischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen, sowie die Nutzung von mobilen Alarmierungs-Anwendungen zur Einbindung von registrierten Ersthelfern (Laienreanimation). Krankenhäuser sind per se Notfallhelfer und agieren außerhalb der o. g. Situationen. Auf einen AED innerhalb des Krankenhauses hinzuweisen, anstatt direkt vor Ort Hilfe zu suchen ist nicht zweckmäßig und würde unnötige Bürokratie erzeugen. Änderungsvorschlag: § 17a Absatz 1 wie folgt ergänzt: „Krankenhäuser sind von dieser Verpflichtung ausgenommen.“

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte			
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	Die vorgesehene Regelung zur Festlegung der offenen Sprechstunden sind nachvollziehbar. Allerdings erscheint es vollkommen unrealistisch, dass in der vertragsärztlichen Versorgung zu den Sprechstundenzeiten potentielle Kapazitäten zu ermöglichen sind. Auch ist darauf hinzuweisen, dass die vorgesehene Anpassung den Planungsbereich als Bezugspunkt benennt, was im Bedarfsfall für die Patientinnen und Patienten in einer Akutsituation längere Anfahrtszeiten bedeutet. Offen bleibt daher, ob ein entsprechendes Angebot überhaupt wahrgenommen wird oder Patientinnen und Patienten dann den jeweils kürzesten Weg zur Versorgung – etwa in die Krankenhäuser – nehmen werden.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf		
Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
§ 87 SGB V, Bundesmantel- vertrag Ärzte	Deutsche Krankenhausgesellschaft als weiterer Vertragspartner des Bundesmantelvertrags Ärzte	Krankenhäuser wurden bereits im Rahmen vergangener Gesetzesvorhaben in zahlreichen Vorschriften stetig mehr in die ambulante vertragsärztliche Versorgung eingebunden. Nach § 75 Absatz 1 Satz 1 haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Der Sicherstellungsauftrag umfasst auch die 24 Stunden täglich verfügbare vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist und umfasst auch die notdienstliche Akutversorgung. Nach § 75 Absatz 1b Satz 13 (neu) in Verbindung mit § 123a werden kooperierende Krankenhäuser in den Notdienst einbezogen und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Mit der Einbeziehung in die notdienstliche Akutversorgung übernehmen Krankenhäuser einen bedeutenden Teil der Versorgung, die dem Sicherstellungsauftrag unterfällt. Dieser nochmals verstärkten Einbindung der Krankenhäuser in die vertragsärztliche Versorgung sollte Rechnung getragen werden, in dem neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband die Deutsche Krankenhausgesellschaft Vertragspartner des Bundesmantelvertrags Ärzte wird.